

Curso de Gestion en Servicios de Salud

1. INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud es hoy un concepto de aceptación universal.

Sin embargo la respuesta dada por los servicios de salud no se traduce en términos concretos de adecuación, disponibilidad, accesibilidad, y aceptabilidad de los mismos para prevenir las enfermedades ni para promover, mantener y recuperar la salud.

Las tendencias en relación a los servicios de salud se caracterizan desde hace ya varios años por la parcialidad y desigualdad en el acceso, el incremento de la demanda de mas y mejores servicios de salud, la complejidad creciente de los métodos y procedimientos de prestación de servicios y finalmente por los incremento en su costo.

A su vez las estrategias de abordaje de esta compleja problemática giran en torno a la tres ejes que procuran finalmente la extensión de la cobertura de los servicios de salud. Ellos son: *La reorientación de la demanda* poniendo énfasis en los cuidados progresivos de la salud, y el enfoque preventivo; *La Utilización óptima los recursos* materiales y humanos de acuerdo con lineamientos que reconozcan el contexto cultural, social y económico del país para enfrentar los problemas de salud y finalmente la *Mejora de la utilización e incremento de la productividad de los recursos* físicos, materiales y humanos disponibles.

En este marco definimos a la gestión como el conjunto heterogéneo de actividades cuyo objetivo final es el manejo adecuado de los recursos tendientes a maximizar la adecuación, disponibilidad, accesibilidad, y aceptabilidad de los sistemas de servicios de salud.

Se distinguen tres niveles de gestión en el sector de la salud:

- Macrogestión o gestión pública que involucra la intervención del Estado.
- Mesogestión o gestión institucional que involucra a los centros, hospitales y otros establecimientos de salud
- Microgestión o gestión clínica donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales.

Un modelo de gestión es una forma de definir prioridades y tomar decisiones e involucra a cualquiera de los tres niveles enunciados anteriormente.

En función las definiciones previas, creemos trascendental, hoy más que nunca, buscar herramientas, definir espacios, abrir preguntas, que nos ayuden a mejorar la gestión en todos los niveles del sistema sanitario. Durante el desarrollo de este curso pretendemos brindar elementos conceptuales, metodológicos, instrumentales y operativos para el mejor manejo de los recursos a nivel central, institucional y clínico.

2. FUNDAMENTACION PEDAGÓGICA

El marco teórico que sustenta este curso se asienta sobre algunos supuestos básicos acerca de: el hombre como sujeto cognoscente o epistémico, el aprendizaje, la ciencia y el conocimiento.

En lo referido al aprendizaje se pretende articular el aporte de las distintas teorías y situaciones, en la postura del aprendizaje constructivista como superador de otras concepciones, entendiéndolo como un continuo proceso de construcción en los que sujeto y objeto se relacionan activamente y se modifican mutuamente, estableciendo relaciones sustantivas y no arbitrarias entre el nuevo contenido y los elementos ya existentes en la estructura cognoscitiva (Piaget).

El planteo de COMO aprende el alumno nos refiere a QUE aprende el alumno, y esto nos lleva a proponer al concurrente a desandar caminos cognitivos, es decir, a que pueda tomar conciencia de los propios procesos mentales con los que opera para aprender. Esto en un simple ejercicio de metacognición, entendiendo como tal a la acción de reflexionar sobre el propio aprendizaje, analizar las formas con las que se aprende, descubrir las conexiones y que conceptos inclusores nos sirvieron de anclaje para los nuevos conocimientos. Todo esto nos lleva a la noción de ciencia y conocimiento. La ciencia es una producción histórica en permanente construcción inacabada, cuestionable, abierta, que se desarrolla en un sentido lineal o a partir de cortes y rupturas.

Al conocimiento se lo concibe como un sistema que permite tomar conciencia de las estructuras y las relaciones, por ello se tiene en cuenta algunos principios como el de autonomía, en cuanto capacidad para dirigirse a sí mismo y de evaluar los progresos de acuerdo a los objetivos propuestos.

Lo que buscamos a partir de la realización de este curso es la posibilidad de realizar una formación continua del equipo de salud siendo esta una acción educativa encaminada a mejorar y mantener el nivel de capacitación profesional y personal para lograr la mejor calidad y eficacia de los servicios que presta.

Por lo tanto es necesario alcanzar una cierta competencia, en la cual se reconocen varios componentes: Destrezas inferenciales, conocimiento y comprensión, atributos interpersonales, identificacion y solución de problemas, destrezas técnicas.

- **Destrezas inferenciales:** habilidad para obtener información e interpretar su significado

- **Conocimiento y comprensión:** habilidad para recordar y comprender el conocimiento relevante acerca de las condiciones sanitarias de la comunidad para proveer un cuidado eficiente y eficaz de la misma.

- **Atributos interpersonales:** referidos a los aspectos personales y profesionales de carácter observables en la relación con la comunidad
- **Identificación y solución de problemas:** la aplicación de los conocimientos, destrezas y atributos interpersonales relevantes en el diagnóstico, investigación y manejo de los problemas de salud de una comunidad determinada
- **Destrezas técnicas:** la habilidad para usar procedimientos especiales y técnicos en la investigación y manejo de los problemas de salud.

3. MODALIDAD OPERATIVA

- El curso consta de 4 módulos tematicos de envio bimensual.
- Los modulos seran desarrollados integramente a distancia, mediante el envio postal del los mismos a la direccion que de el alumno al momento de inscribirse
- Los alumnos podrán consultar con los docentes mediante su inclusion en un grupo de discusion de correo electronico al que seran incorporado al momento de inicio del curso
- La evaluacion se realizará de manera periódica mediante preguntas incluídas en el material de lectura y en un examen final a distancia. Además se ofrecerá la posibilidad de realizar un trabajo de campo optativo que será monitoreado y evaluado por tutores y coordinadores docentes.

4. DESTINATARIOS:

Personal de Salud, cualquiera sea el nivel del sistema sanitario donde desarrolle sus tareas, interesado en adquirir herramientas que ayuden, orienten, y enriquezcan la gestión en salud (Médicos, Enfermeros, Trabajadores Sociales, Agentes Sanitarios, Admistrativos)

5. OBJETIVO GENERAL DEL CURSO

Brindar elementos conceptuales, metodologicos e instrumentales sobre la gestion de los servicios de salud a fin de mejorar el desempeño del trabajador de la Atencion Primaria para que puedan dar, desde los distintos servicios y niveles respuestas adecuadas a las demandas y necesidades emergentes de la poblacion.

6. DESARROLLO TEMÁTICO

Los distintos modulos del presente curso fueron elaborados a partir de diversas fuentes siguiendo un eje tematico comun.

El ***Primer Curso de Gestion de Servicios de Salud,*** organizado por la ASMGyF en el 2002, cuyos docentes dejaron plasmadas sus exposiciones en un cuerpo de texto de altisima calidad conceptual y metodologica, es la fuente principal de procendencia de los textos que componen el presente curso.

Dada la explosion evidenciada en los ultimos años en materia de publicaciones referidas a la salud, en muchos casos de gran claridad y calidad pedagogica, el comite editor considero adecuado seleccionar e incluir extractos de articulos de autores ajenos al citado curso a fines de ampliar los conceptos desarrollados y evidenciar las diferentes miradas sobre los temas abordados. Esta inclusion resulto de particular magnitud en el primer modulo, en el que por tratarse de temas fuertemente atravesados por lo ideologico y lo politico los editores procuraron mostrar la gran diversidad de posturas existentes.

El procesamiento didactico del material estuvo a cargo del Comite Editor integrado por un grupo de Medicos Generalistas y una Licenciada en Psicopedagogia quienes siguiendo un plan docente y un eje tematico prediseñado, articularon los diferentes capitulos de los distintos modulos con el ojbetivo principal de mantener la coherencia interna en el desarrollo de cada tema y el hilo conceptual entre cada capitulo de cada modulo.

7. CUERPO DOCENTE

Prof. Dr Alfredo Zurita — *Docente de la Catedra de Medicina Sanitaria. Universidad Nacional del Noreste*

Dr Juan Carlos Barberis — *Docente de la Catedra de Medicina Sanitaria. Universidad Nacional del Noreste*

Dr Alberto Palladino — *Docente de la Catedra de Medicina Sanitaria. Universidad Nacional del Noreste*

Dr Mario Rovere — *Docente de la Maestria de Salud Publica Intituto Lazarte*

Dra Zulma Ortiz — *Directora del Programa VIGIA. Miembro de la Academia Naciional de Medicina*

Bco Juan Carlos Bosio — *Programa AIEPI. Coautor "Manual Investigaciones Operativas". OMS/OPS*

Dr Horacio Boggiano — *Medico Generalista. AMGBA*

Dr Leonardo Caruana — *Medico Generalista. ASMGyF*

MODULO 1: Politicas y Sistemas Sanitarios

Capitulo

1



La Salud:

Conceptos y Paradigmas



Asociacion Santafesina de Medicina General y Familiar

Introducción al capitulo 1

Pocos temas se prestan a tanta controversia como la conceptualización de la salud y de la enfermedad, tanto que siempre ha presentado dificultades, y ha adoptado diferentes matices según la época y el lugar. No es esto una discusión meramente teórica sino el centro desde donde se generan diferentes formas de ver la salud y por ende de la medicina y los sistemas de atención sanitaria. Es objetivo de este capitulo repasar diferentes concepciones y abordajes de esta problemática, mostrando el amplio espectro de definiciones, pero también ofrecer herramientas para la reflexión personal y grupal. El plantear estas cuestiones en el seno mismo de la practica diaria, hacia dentro de los equipos de salud, debería ser la consecuencia directa de este trabajo.

Entendemos que el Bienestar, en su mas amplia concepción debería ser el objetivo ultimo a buscar , acercándonos de esta forma a una idea de salud que trasciende lo meramente técnico medico y nos ubica en el área de los derechos y de la dignidad de las personas.

Para lograr la armonía entre los distintos componentes y alcanzar la salud es indispensable la Justicia Social, basada en principios morales y éticos que permitan el logro de la Equidad, eliminando las diferencias innecesarias e injustas que restringen las oportunidades de acceso a la misma. Esta relación conecta directamente a esta problemática con los Derechos Humanos Fundamentales, es decir la concepción de la salud como Derecho...” Estos aspectos, que consideramos fundamentales en la construcción conceptual que pretendemos transmitir serán desarrollados en profundidad en el siguiente capitulo.

Esquema de Contenidos

PARADIGMAS Y CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD

Prof. Alfredo G. Zurita *Artículo publicado en el documento: "Taller Latinoamericano de Epidemiología Aplicada a Servicios de Salud", 2da. Ed., 1991, OPS/GTZ.*

Los conceptos son imágenes mentales que tenemos de los entes, de sus propiedades y relaciones y que nos permiten reconocerlas cuando nos encontramos frente a ellas: "silla", "amarillo" y "delante de" son términos, cada uno de los cuales nos evoca su imagen o concepto.

Utilizando los tres conceptos reconocemos que "hay una silla amarilla delante".

Si disponemos del término, pero no de su concepto, no podemos aplicarlo reconociéndolo de la realidad, como suele ocurrir con los términos poco utilizados, "égloga" por ejemplo. En otros casos un término corresponde a varios conceptos, que sin embargo, suponen semejanzas. Ejemplo: duro, y en estos casos será necesaria la definición, que especifica el concepto con mayor detalle y permite usar el término correspondiente en un sentido particular y preciso.

Si nos encontramos ante un ente, una propiedad, o una relación para la que no disponemos de concepto, ni término, no sabemos que es, ni como nombrarlo; por lo que recurrimos a buscar semejanzas y decimos "es parecido a...", o "es como si fuese…"

¿Cuál es el concepto (o cuáles son) que tenemos de salud y que nos permitirá reconocerla cuando estemos frente a ella?

La salud como ausencia de enfermedad

El primer concepto, inherente a nuestra profesión, es que reconocemos la salud, cuando no podemos reconocer ningún signo patológico o enfermedad. Es decir, que tenemos los conceptos correspondientes a los términos: sarampión, ictericia, hipertensión, etc. Cuando no podemos reconocer ninguno de estos conceptos en un individuo, decimos que "está sano", como una forma sinónima de decir "no está enfermo".

Salud es aquí un término sin concepto. El concepto corresponde a "enfermedad" y salud sólo significa "no enfermedad".

La salud como estado de normalidad

El segundo concepto, que suele coincidir con el anterior, es que conocemos la salud cuando las propiedades -o variables- de un individuo se encuentran en categorías "normales".

Esto supone que disponemos para cada variable de un concepto adicional de normalidad. Cuando no podemos reconocer ninguna desviación de las variables, fuera del rango normal, decimos que alguien, "está sano", como una forma sinónima de decir "es normal". Salud es nuevamente aquí un término sin concepto, el concepto corresponde a "normal" y salud es sólo una manera de decir "normal".

Salud como estado de bienestar

El tercer concepto, que no dudo que cada uno de nosotros conoce perfectamente; es que sabemos que tenemos salud cuando "nos sentimos bien". No estamos aquí "frente"' a la salud, sino "en ella". El concepto no es reconocible desde el exterior; sino sólo auto percibido y equivale al de bienestar.

Se denomina empatía a la capacidad de percibir o "comprender" el bienestar (u otros conceptos subjetivos, como amor, odio, etc.) en otras personas.

Si la comprensión es o no es posible, es un tema polémico, por lo que sugiero que al menos convencionalmente lo admitamos; en este caso sería lógico suponer que la comprensión puede estar influida por la distancia biológica, cultural, educacional, etc. El encontrarse o haberse encontrado en las circunstancias del otro, sería muy favorable para la comprensión.

Aplicando los conceptos...

Disponiendo de estos tres conceptos, que todos admitiremos tener, veremos qué ocurre cuando debemos aplicarlos a la realidad a través de un ejemplo:

"Hace bastantes años tuve un dolor abdominal intenso, acompañado de otros síntomas, lo que fue interpretado por un médico como una apendicitis, de modo que fui intervenido quirúrgicamente. Aunque en el post-operatorio inmediato no me sentía demasiado bien, de todos modos ya me sentía mejor que antes de la operación y en pocos días más ya me sentía perfectamente bien, lo cual coincidió con la opinión del Cirujano, Ud. ya está sano, puede irse a su casa".

"Hace poco tiempo y aunque me sentía perfectamente bien, tuve que someterme a un examen de salud pre-ocupacional. El médico concluyó que yo no estaba sano y que sufría de dislipidemia, por la cual me prescribió un régimen dietético y deportes. Por mi "salud" ahora renuncio a ciertas comidas, generalmente a las que me gustan, y practico deportes. Ambas cosas son realmente un sacrificio, y debo confesar que ya no me siento tan bien. El médico afirma, en base a nuevos exámenes, que mi salud está mejorando notablemente y que prosiga el tratamiento dietético-deportivo.

Aunque no dudo de su opinión, no puedo dejar de preguntarme: ¿Por qué razón, si estoy más sano, me siento ahora, peor?; ¿no estaremos ahora hablando de distintas "saludes"?

Además me he enterado por amigos comunes, que la cultura gastronómica de mi médico es desoladora; "una de esas personas incapaces de distinguir una bouillabaise de una vulgar sopa y le encanta el tenis..."

"Quiero relatar el problema que tengo con mi padre, un anciano que insiste en ir a jugar ajedrez con sus amigos, a pesar de que las salidas lo exponen a enfriamientos peligrosos para su salud.

Mis argumentos de que se quede en casa, mirando TV (nada me gustaría más) son rechazados por él, con el pretexto de que se aburre. Al salir hoy de mi casa, le dije que le prohibía terminantemente salir, aunque sé que me obedecerá, la expresión de su rostro parecía significar "ahora me sentiré peor". Parece mentira que no comprenda que lo hago por su salud..."

Creo que el ejemplo anterior es suficientemente ilustrativo de como los conceptos de enfermedad, normal y bienestar, como sinónimos de salud, a veces se superponen, y a veces divergen.

Los Paradigmas de la salud

Como nuestro interés no es sólo reconocer la salud, sino también incrementarla, necesitamos disponer no sólo de su concepto, sino también de su causalidad. Para abordar este tema introduciré el término de "paradigma de la salud"; en un sentido aproximado al utilizado por Thomas Kuhn , quien introdujo el término paradigma en relación a los grandes marcos conceptuales y metodológicos, dentro de los cuales se desarrolla la investigación.

A veces estos marcos, dice Kuhn, son reemplazados, proceso que se cumple por revolución, con las implicancias de lucha social que este término supone.

Definiré paradigma de salud como "un marco teórico, que incluye la conceptualización utilizada, por causalidad, los supuestos o teorías sobre los que se basa o admite, las formas de intervención que se consideran pertinentes, y los indicadores válidos, que utiliza un grupo social para intervenir sobre la salud, y que considera el más satisfactorio, ya que explica, al menos parte de los hechos que ocurren y ofrece una orientación convincente en el plano de la investigación y la acción".

Paradigma Medico Dominante (PMD)

Denominaremos al primero, históricamente, Paradigma Médico Dominante, P.M.D. para caracterizar simultáneamente a quienes lo utilizan, y a su actual situación hegemónica sobre los restantes. El P.M.D. conceptualiza a la salud como "no enfermedad", y en cuanto a su causalidad sostiene una concepción puramente empirista: "sólo existen los hechos", por lo que rechaza las formulaciones teóricas explicativas del alcance más general. Acepta como método válido de investigación la inducción estadística a partir de los hechos para obtener generalizaciones empíricas probabilísticas, Ej.: "efectuado el seguimiento de una muestra aleatoria de 1.000 niños cuyas madres eran analfabetas, se registró que la tasa de mortalidad infantil fue de 120% en el primer grupo y de 80% en el segundo grupo, asociación estadísticamente significativa: $p < 0,01$, por lo cual se concluye que el analfabetismo de la madre es un factor de riesgo, que incrementa en 50 % de las probabilidades de muerte del niño, con respecto a los hijos de madres alfabetas".

El uso de la terminología factor de riesgo, no conlleva necesariamente conceptualización de causalidad y es coherente con el método utiliza-

do para obtener el conocimiento. Sin embargo, cuando se dan ciertos requisitos: secuencia temporal, relación dosis-efecto y fuerza de asociación se admite causalidad de la asociación.

Aunque el P.M.D., admite la consideración de variables ambientales, sociales y culturales, éstas son utilizadas como variables individuales, sin referencia a un sistema o estructura del cual dependen, al cual suele ser mencionado en forma genérica sólo para ubicarlo fuera del campo de análisis y por lo tanto de la eventual acción. Los indicadores considerados como válidos son las medidas de resumen estadísticas de hechos individuales; enfermedad y muerte, tasas morbimortalidad.

Las modalidades pertinentes de intervención son los "programas de control de enfermedades", en base a medidas de atención médica preventiva o curativa.

Las conceptualizaciones de salud que diverjan con las enfermedades, definida por el experto, serán consideradas como erróneas, a suprimir mediante educación sanitaria transmitida desde el experto hacia el lego, o a sortear si lo anterior no fuese suficientemente con señuelos, engaños o medidas compulsivas.

Paradigma Ecologico Sistemico (PES)

El segundo paradigma será denominado ecológico-sistémico, P.E.S. para caracterizar la inclusión del ambiente, y las interrelaciones, en la determinación de la salud.

El P.E.S. conceptualiza a la salud como normalidad en el sentido de lo más frecuente dentro de una distribución normal o gaussiana, o definido de otras maneras que incluyen "lo socialmente deseable", y en cuanto a la causalidad sostiene una explicación teórica general, que se apoya biológicamente en la teoría general de Darwin y sus reformulaciones posteriores.

El P.E.S., considerados como válidos, incluyen a los P.M.D.; pero los de mayor interés serían aquellos que traduzcan el equilibrio de los constituyentes del sistema; equilibrio demográfico, equilibrio ambiente físico y social. Las modalidades pertinentes de intervención, que no excluyen la del P.M.D., serán las que ayuden al equilibrio del sistema: control demográfico, control ambiental, (control social??). En cuanto a las conceptualizaciones de salud divergentes de las de normalidad, serán tratados como en P.M.D.

Paradigma Social-Historico-Estructural (PSHE)

El tercer paradigma será denominado social-histórico-estructural, P.S.H.E. usando la terminología en boga, que alude a la determinación estructural (es decir primaria) de la salud, por las relaciones sociales de producción existentes en un contexto histórico determinado.

El paradigma conceptualiza a la salud como no enfermedad, en forma similar al P.M.D., del cual se diferencia por su conceptualización de causa, que admite una teoría general explicativa, el materialismo dialéctico biológico, como un nivel subordinado de determinación, difiriendo de éste en las hipótesis que sostiene sobre el nivel social.

No resulta muy clara la forma en que deberían derivarse de la teoría los modelos de contrastación, ya que las investigaciones realizadas por quienes adhieren a este paradigma, luego de formular la teoría, proceden a una operacionalización de la variable clase social, en forma similar a lo que se efectúa en el P.M.D.; de lo cual resulta, como ha señalado recientemente Palloni, que el mismo modelo estadístico de contrastación, sea compatible con teorías contradictorias. Los indicadores considerados válidos corresponden a los del P.M.D. y los del P.E.S.; en el nivel biológico, específicos por clase social. Las intervenciones consideradas pertinentes no excluyen las del P.M.D. y del P.E.S. en el nivel biológico, priorizan la transformación de las relaciones sociales de producción. En cuanto a las conceptualizaciones de salud, divergentes con las de no enfermedad, serán tratadas como en los casos anteriores.

Paradigma Antropologico OMS (PAO)

Llamaremos al último paradigma "antropológico-O.M.S.". P.A.O., para aludir tanto a su conceptualización específicamente humana, como al hecho que corresponderá a la difundida definición de salud en la O.M.S., reafirmada en la decnaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria y Participación de la Comunidad.

El paradigma conceptualiza a la salud como bienestar y no enfermedad y en caso de divergencia prioriza la primera conceptualización sobre la segunda; en lo cual difiere radicalmente de los paradigmas anteriores.

Admite en su conceptualización causal la relevancia de la organización social, aunque añade que la conciencia interviene en la aprehensión de la realidad, dentro y fuera de los límites físicos de ésta y en dimensiones más comprensibles que reconocibles exteriormente.

Admite como válidos, pero insuficientes, los indicadores de los paradigmas anteriores; priorizando los indicadores o comprensiones que para cada individuo, y grupo humano resulten más adecuados para su concepto de salud.

Las intervenciones consideradas como pertinentes, ya que no excluyen las de los paradigmas anteriores. "Científicamente válidas"..., están sin embargo subordinadas a la participación, "con su plena participación"...; mecanismo por el cual los individuos y la población considerarían la pertinencia de cada medida en relación a su propio concepto de salud; "socialmente aceptables"..."

La participación sería asimismo el mecanismo, por el cual se abordarían las divergencias entre bienestar y enfermedad quedando siempre liberada la decisión a "los individuos, y la comunidad" en un espíritu de "auto responsabilidad...".

Relacion entre paradigmas

Como se citó al comienzo, la relación entre paradigmas se da siempre en su contexto de "revolución" lo cual refleja a nuestro juicio, la situación actual en el campo de la salud, por lo que los calificativos críticos suelen abundar, cuando desde uno de ellos; se menciona a los otros.

Ð Los P.M.D. y P.E.S., suelen ser denominados "positivistas" por el P.S.H.E. aludiendo presuntivamente a su negativa de aceptar teorías generales explicativas, y ser más bien una especie de conocimiento tecnológico, sin fundamento teórico. Estimo que, al menos para el P.E.S., la crítica no es totalmente justa.

Ð Los P.M.D. y P.E.S., se reivindican como "posibles", acusando de utopía al P.A.O. motivo por el cual han propuesto una versión "realista" de la Atención Primaria; autodenominada Atención Primaria Selectiva, constituida esencialmente por intervenciones selectivas preventivas-materno-infantiles y de control demográfico. Descalifican al P.S.H.E., como ideológico y político, por lo tanto sin status científico, y aunque reconocen avances en salud (como no enfermedad) logrados por la aplicación de las intervenciones pertinentes para este paradigma, advierten que han significado, inevitable o casi inevitablemente, pérdida de la libertad individual.

Ð Desde los tres paradigmas se acusa al P.A.O. de irracionalista; en tanto admite entidades subjetivas (bienestar), juicio que no creo totalmente justo, desde la evidencia humana, aunque admito los problemas epistemológicos de la comprensión.

Ð Desde el P.S.H.E., se acusa al P.A.O, de invención de la "inteligencia" internacional para mantener el actual sistema económico internacional, proveyendo alternativas ''baratas" para satisfacer las expectativas de la población de los países subdesarrollados, sin producir transformaciones estructurales , aspecto que el P.A.O., no niega como necesario. Esta crítica parece dirigirse más a la forma en que efectivamente se ha desarrollado la Atención Primaria en muchos países subdesarrollados, como Atención Primaria Selectiva, que a la conceptualización de la declaración de Alma-Ata.

Ð Desde el P.A.O., se acusa a los otros paradigmas de considerar a los seres humanos como irracionales, cuya salud se considera un fenómeno puramente biológico, mesurable en las tasas de morbimortalidad y no calidad de vida.

Por último, aclararé mi propia posición, a efectos de que los lectores sepan en que paradigma ubicar al autor.

Dicha posición se encuentra condensada en un documento denominado "Manifiesto de Amberes", declaración pública emitida a fines de 1985, por un grupo de expertos en salud comunitaria, provenientes de todos los continentes, al cabo de un seminario destinado a examinar los avances en Atención Primaria.

Manifiesto de Amberes

A partir de la conferencia de Alma-Ata en 1978, los estados miembros de la O.M.S., acordaron que la estrategia de Atención Primaria, que concibe a la población como un participante activo, era la más idónea para responder a sus necesidades, y podría sentar las bases para "Salud para Todos".

Sin embargo en los países en desarrollo, a pesar de las lecciones de la historia, y de las experiencias pasadas, las grandes agencias internacionales están derivando sus recursos a un enfoque de corto plazo, conocido como Atención Primaria Selectiva. Este enfoque se concentra exclusivamente en ciertas intervenciones que se proclaman como las más eficientes, dirigidas exclusivamente a algunos grupos de población, por ejemplo, inmunizaciones.

Esta denominación, auto contradictoria debería eliminarse, ya que, como máximo, estas actividades pueden ser consideradas como "intervenciones selectivas sobre el estado de salud".

Este enfoque esta en total oposición a los principios fundamentales en los que se basa la Atención Primaria.

Las principales causas de mala salud residen en las condiciones de vida y ambiente en general, y más específicamente en la pobreza, injusticia y desigual distribución de los recursos en relación a las necesidades, tanto dentro de los países, como internacionalmente.

Teniendo en cuenta que la salud es uno de los intereses de la población, es contraproducente no considerarlos como participantes capaces de jugar un rol decisivo en la protección y mejoramiento de su propia salud. La población debe incorporarse total y realmente al proceso de decisiones que afectan a su propia salud; incluyendo por supuesto, revisión de servicios de atención medica.

Los servicios de atención médica deben proveer simultáneamente atención preventiva, además de promoción y rehabilitación, en forma integrada y coordinada, para responder a las necesidades de la población.

El enfoque de Atención Primaria esta siendo utilizado exitosamente en muchas partes del mundo, siendo un proceso continuo en el que queda mucho por hacer.

Formulamos este manifiesto, porque la proliferación de programas de intervenciones selectivas sobre la salud, no solamente debilita los servicios de atención medica en el mismo momento en que tratan de reorganizarse hacia la Atención Primaria, sino también, porque estas intervenciones, dan a entender que son "soluciones rápidas" y de "éxito inmediato", por lo cual desvían los recursos escasos, de la solución de los reales problemas subyacentes que continúan manteniendo el mal estado de la salud.

Además la experiencia nos ha demostrado, que las intervenciones selectivas tienden a convertirse en permanentes, aun cuando sean presentadas solamente como una respuesta transitoria. De hecho, necesitan estructuras específicas que el país no podrá desmontar fácilmente en el momento en que decida reorientar su política de salud, comprensivamente, hacia la Atención Primaria. Y por sobre todo, el enfoque selectivo elimina la posibilidad de participación de la población en las decisiones acerca de su propia salud.

TABLA 1: Resumen Paradigmas de Salud

Paradigma	Concepto de Salud Teorias - Hipotesis	Supuestos de la Salud	Atencion de de Salud	Indicadores
Medico Dominante	No Enfermedad	Solo conocemos hechos Solo es posible establecer leyes o relaciones entre hechos	Medicina alopatica Control de factorres de riesgo Educacion sanitaria normativa	Tasas de morbimortalidad Espectativa de vida Estadisticas epidemiologicas
Ecologico Sistemico	Normalidad Adaptacion Equilibrio	Teoria general de la evolucion Leyes de la herencia Teoria sistemica	Idem al anterior Control de reproduccion Equilibrio ambiente Control social	Idem al anterior Demograficos Ambientales
Social Historico Estructural	No Enfermedad	Materialismo Dialectico	Modificacion de las relaciones sociales de produccion + Idem Paradigma medico	Idem paradigmamedico por clase social
Antropologico	Bienestar	La realidad es al menos parcialmente subjetiva Necesidad de comprension(empatia)	Lo que la comunidad acepte o genere por participacion	Auto Indicadores

¿QUÉ ES LA SALUD Y LA ENFERMEDAD?

Como hemos visto en el texto de Zurita, la salud y la enfermedad no son conceptos uniformes, claros , cambian con la época, la cultura. Ej: En algunas culturas la enfermedad existe solo si hay dolor. Para la medicina quechua, la única enfermedad que existe es la «perdida del ánimo» y los síntomas son manifestaciones de esta pérdida.

Salud y Enfermedad

Pero, porque la salud y la enfermedad se convierten en conceptos tan "esquivos" ?, siguiendo a Testa podríamos decir:

"... La realización de un trabajo requiere algunas condiciones. Lo primero es la identificación del objeto sobre el que se va a trabajar. En cualquier caso , el objeto se define como lo que constituye la materia especifica que se va a transformar para obtener el resultado buscado. En algunos casos el objeto de trabajo parece ser fácil de identificar. Un alfarero sabe, sin necesidad de pensarlo mucho, en que consiste exactamente el objeto sobre el que ejerce su profesión, aunque el resultado de su trabajo pueda expresarse en formas diversas". "En otros casos, la identificación del objeto no es tan sencilla, puede que hasta haya discrepancias acerca del mismo entre trabajadores y destinatarios, e incluso dentro mismo del grupo de los primeros. Estas diferencias serán mas acentuadas cuando no exista una historia que haya consolidado una cierta visión de ese objeto...".

Una práctica puede no estar consolidada por la historia debido a que se trate de una práctica reciente, como la de una profesión surgida como consecuencia de una nueva división del trabajo (la computación, por ejemplo) o porque no existe una continuidad a lo largo del tiempo acerca de la forma de realización o la significación de la misma, como ha ocurrido con la medicina. Este es un fenómeno que afecta a todas las prácticas si se toman lapsos suficientemente largos, pero afecta en particular las divisiones del trabajo que se encuentran en relación a periodos de transformaciones profundas en sus fundamentos básicos: los paradigmas"

En el caso de la medicina, y siguendo nuevamente a Testa:

"...el objeto de trabajo medico es el cuerpo enfermo. La coincidencia de opiniones abarca no solo a quienes ejercen la practica, sino también la de quienes son sus receptores, pero además recoge lo que es la experiencia histórica a este respecto...".

Sin embargo el cuerpo enfermo no es el único objeto de practica, también lo es el cuerpo sano, en la medida en que esta practica incorpora medidas preventivas (que se conocen como promoción de la salud). Acerca de esto ultimo ya no existe tanto acuerdo, ni entre médicos y no médicos y ni siquiera en el grupo de los primeros. Este desacuerdo aparece cuando se redefine el objeto de trabajo de la medicina como el proceso salud enfermedad, formula que tiene la ventaja de recuperar la unidad de este proceso- y mas allá de ello, señala la imposibilidad, casi diría la inutilidad de distinguir con precisión los conceptos de salud-enfermedad, pero cuya amplitud dificulta el tratamiento correcto del tema. Salud y Enfermedad, no son entonces, estados separados o "estancos", son gradientes de un mismo proceso, tienen un tiempo para producirse, para generarse, tienen una historia.

Los problemas de salud

Para las personas no hay enfermedades, hay Problemas de Salud y estos los moviliza a intentar encontrar «una explicacion», para ello recurriendo a «Traductores», que pueden ser de variados origenes. Asi tenemos que desde una vision técnica, existen enfermedades, objetivas, constatables y para las personas generalmente problemas de salud, vivencias subjetivas, de variada intensidad, cuya adecuada comprensión por parte del medico requiere de una serie de sistematizaciones y conceptualizaciones para identificar "la parte enferma" pero cuyo unico abordaje integral solo se puede lograr desde una perspectiva antropológica y totalizadora.

- El concepto de Enfermedad, es un concepto mas claro, mas aceptado uniformemente
- El concepto de Salud, esta sujeto a múltiples interpretaciones.

Los Conceptos de salud

Numerosos autores han tratado de generar conceptos sobre la salud, que no hacen más que mostrar la multiplicidad de miradas posibles.

- Según **Kerr White** la salud es: "capacidad de adaptación del individuo, frente a desviaciones de origen externo e interno"
- **Lambert**, la define como el : "Equilibrio entre el hombre y el ambiente físico, emocional y social, compatible con un estado de completa actividad"

Ð **M Terris**: " modificando la definición de la OMS, la propone como el "estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente a ausencia de afecciones o enfermedad"

Ð Por otra parte, **San Martín**, H. ha expresado que la salud, "es un estado relativo (salud relativa) de salud enfermedad, dinámico, variable, individual y colectivo (relaciones sociales), producto también, dinámico y variable de todos los determinantes sociales (ambiéntales) y genéticos-biológico-ecológicas que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología"

Ð Según **Blum** la salud: "es la capacidad de individuo para mantener un grado de equilibrio apropiado a su edad y sus necesidades sociales en el que este individuo será razonablemente indemne de profundas incomodidades, insatisfac-ciones, enfermedades o incapacidad de comportarse de manera que asegure la supervivencia de su especie tan bien como su propia realización personal"

Tomando la teoría de los Campos de la Salud, la salud esta determinada por una variedad de factores que pueden agruparse en cuatro divisiones primarias:

Ð Medio ambiente,

Ð Estilos de Vida,

Ð Biología Humana y

Ð Sistema Organizado de Atención de la Salud,

Blum planteo un modelo de "ambientes de salud" que luego se llamo "campo causal y paradigmas de bienestar en la salud". En el plantea que la amplitud de los cuatro factores determinantes de la salud demuestra la importancia relativa de los mismos. Los cuatro factores se relacionan y se modifican entre si mediante un circulo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental el equilibrio ecológico y los recursos naturales"

Ubicar al concepto de salud dentro de un marco general explicativo para poder estudiar y analizar la relación existente entre factores de riesgo y los estados de salud y enfermedad, parece un paso indispensable y quizás funcione como un eje que enlace a todas las propuestas.

En este enfoque el propósito fundamental es la preservación de la salud. Kerr al respecto dice: " el enfoque mecanicista o reduccionista de la salud y enfermedad debe ser complementado desde una perspectiva mas amplia con un enfoque psicobiológico del hombre; es decir, que tenga en cuenta que el hombre con alícuota inicial de genes, atraviesa una vida de complejas transacciones internas y externas que hasta ahora solo conocemos vagamente. Es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos, sino que también incluya el ruido, la, fatiga del avión, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno-materno, los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud"

Ubicar al concepto de salud dentro de un marco general explicativo para poder estudiar y analizar la relación existente entre factores de riesgo y los estados de salud y enfermedad, parece un paso indispensable y quizás funcione como un eje que enlace a todas las propuestas.

Vemos hasta ahora que pueden existir tantas definiciones y matices sobre la salud y la enfermedad como autores dispuestos a definirla. Existen sin embargo conceptos básicos que desde nuestra perspectiva debieran tenerse en cuenta antes de intentar cualquier abordaje conceptualizador sobre el proceso salud-enfermedad. Estos conceptos básicos son:

Ð La salud **es un derecho humano básico** y componente fundamental del desarrollo humano. En esta medida, es imprescindible para desarrollar las potencialidades de las personas.

Ð La salud **tiene un componente subjetivo** que se expresa en el sentirse bien en diferentes grados, tanto en el presente como en una perspectiva de futuro **y otro componente objetivo**, expresado en la capacidad funcional que permita enfrentar los desafíos del entorno. Esta capacidad funcional es cambiante y tiene que ver con lo genético y el proceso de envejecimiento. La relación entre lo subjetivo y lo objetivo es de interdependencia, donde las expectativas juegan un rol importante.

Ð La salud **es la resultante de la interacción de distintos factores**, tales como los económicos, sociales, políticos, biológicos, ambientales, culturales y de asistencia sanitaria. Una sociedad va a tener resultados mas o menos favorables en su calidad de vida, en función de la acción que ejerce sobre esos factores.

Ð La salud **tiene un carácter dinámico** que compromete la dimensión individual y colectiva. Ambas dimensiones son interdependientes. Existen factores que son de directa responsabilidad de los estados y otros de índole individual que corresponden a las personas y a sus decisiones. Tanto las expectativas como los

vida de una sociedad influyen en las expectativas y decisiones individuales en el ámbito de la salud. La salud también **trasciende al individuo y se realiza o materializa en su medio familiar, laboral y cultural**, pudiendo existir sociedades sanas y sociedades enfermas.

- La salud **acentúa las capacidades de las personas**, les permite tener una visión de futuro y enfrentar los desafíos, adaptándose a los requerimientos, para lograr un equilibrio personal y con el entorno.
- La salud **involucra los ámbitos bio-psico-sociales y ambientales**. Para el logro de ésta, es necesario actuar en las áreas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Requiere del cumplimiento de otros derechos humanos básicos como son: el alimento, la vivienda, la paz y la seguridad ciudadana, entre otros.
- Los resultados en salud son **fuertemente determinados por los niveles de desarrollo de otros sectores sociales**., desarrollos que a su vez, son potenciados por los mejores niveles de salud. Los esfuerzos por mejorar los niveles de salud se han canalizado principalmente a través de sistemas asistenciales, presumiblemente respondiendo a la creencia de que la asistencia sanitaria es el determinante más importante de la salud. Aunque resulten decisivos en casos individuales, la disponibilidad de los servicios sanitarios, o su falta, no puede explicar las diferencias de salud observadas entre poblaciones distintas.
- Según diferentes estudios, **la prosperidad y la salud están muy correlacionadas**. Esto se ha observado en diferentes grupos de ingresos dentro de una sociedad o comparando diferentes sociedades entre sí. El aumento de la prosperidad constituye un indicador del éxito del pasado frente al entorno y una base para posibilidades futuras.

Tendencias en las concepciones de la salud y el papel de la medicina

Podríamos haciendo un ejercicio de resumen de todo lo antedicho convenir en que existen dos grandes tendencias en las concepciones de la salud y del papel de la medicina: un enfoque mecanicista y otro antropológico. Dado el papel que ocupa en todos los aspectos de la vida y de la comprensión de la realidad, tanto en el ámbito de ciencias de la salud, como en la organización de los sistemas sanitarios, nos detendremos en la concepción mecanicista primeramente.

El concepto mecanicista

Según McKeon, "..examinar la validez de un concepto que raras veces se expone explícitamente, pero sobre el que descansan en gran medida las actividades medicas, esto es , que la salud humana depende esencialmente de un enfoque mecanicista basado en la comprensión de la estructura y la función del cuerpo y de los procesos patológicos que lo afectan... aunque predomina el enfoque mecanicista, no es el único que se ha tenido en cuenta para mejorar la salud del hombre...Dubos se refiere a la naturaleza dual de la medicina que resulto de ideas fomentadas con distintos acentos en todos los periodos de la historia del hombre hasta nuestros días; salud protegida por el modo de vida y salud restaurada mediante el tratamiento de la enfermedad... Los mitos de Higieia y Esculapio (Asclepio) simbolizan la eterna oscilación entre dos puntos de vista diferentes en medicina, Para los fieles de Higieia, la salud es el orden natural de las cosas, un atributo positivo al que tiene derecho los hombres si gobiernan su vida con sabiduría, Según ellos la función mas importante de la medicina es descubrir y enseñar leyes naturales que aseguraran al hombre una mente sana en un cuerpo sano. Para los seguidores de Escupalio por el contrario, creen que el papel del medico es tratar las enfermedades y restaurar la salud mediante la corrección de cualquiera imperfecciones causadas por accidentes del nacimiento o de la vida. Descartes, en el siglo XVII aplicó los principios científicos a las cosas vivientes y concibió al cuerpo como una maquina, gobernada enteramente por las leyes de la física, que se podía desmontar y volver a montar si se comprendía perfectamente su estructura y su función. Esto se vio confirmado por los hallazgos de Harvey de la circulación de la sangre, un poco mas tarde....Hoy no hay problema en aceptar que el cuerpo puede entenderse como una maquina, cuyo conocimiento ha ido avanzando sin parar desde el siglo XVll , despacio al principio, pero con gran rapidez en el nivel celular desde el siglo XIX y en el molecular en el siglo XX.

Paralelamente a la comprensión de la estructura y función, hubo un incremento en el conocimiento de los procesos patológicos, incluyendo, en el caso de las enfermedades infecciosas, el reconocimiento de los agentes patógenos. Apenas sorprende que la transformación de la salud humana que ocurrió en ese periodo se atribuye-

ra al nuevo conocimiento y que se diera por sentado que el progreso en el rendimiento del cuerpo como una maquina era debido a su control como una maquina..”

“...Sin embargo el enfoque en biología y medicina establecido en el siglo XVII era un enfoque de ingeniería basado en un modelo físico, sus consecuencias son hoy aun mas claras, en gran parte porque los recursos de la física y de la química son mucho mas poderosos. La física, la química, y la biología se consideran ciencias básicas para la medicina; la educación medica comienza con el estudio de la estructura y la función del cuerpo, continua con el examen de los procesos patológicos y termina con la instrucción clínica a una población enferma seleccionada. El servicio medico esta dominado por la imagen del hospital de enfermedades agudas en el que están concentrados los recursos tecnológicos y se le da mucho menos importancia a los determinantes patógenos del medio ambiente y de la conducta o a las necesidades de la población enferma que no se cree que pueda constituir un campo de aplicación para la investigación o la terapéutica. La ciencia medica refleja también el concepto mecanicista, por ejemplo en la atención prestada a la base química de la herencia y la respuesta inmunológica e el trasplante de órganos, Estas investigaciones están estrictamente de acuerdo con el modelo físico, el primero al tratar de conducir al control de la estructura del gen y el segundo a la sustitución de órganos enfermos por órganos normales. La cuestión que surge aquí, por lo tanto, no es si el enfoque de ingeniería predomina en medicina, lo que apenas se discutiría, sino si es seriamente deficiente como una conceptualización de los problemas de la salud del hombre.

El concepto Antropologico:

Conceptualizacion de Bienestar

Como hemos visto, algunas definiciones incluyen el concepto de Bienestar. La definición de la OMS, así la consideraba y representó para la época un gran avance conceptual porque acercaba a la salud a un enfoque que tenia en cuenta aspectos psicológicos y la conectaba con las ciencias sociales. Sin embargo, luego fue criticada porque consideraba al bienestar como una realidad estática, que no tomaba en cuenta el devenir histórico ni las diferencias entre países y culturas.

En 1961, un grupo de expertos de las Naciones Unidas propone los componentes del bienestar representados en una pirámide, según la cual la salud dependerá del desarrollo armónico de los distintos componentes

Cabe destacar que para lograr la armonía entre los distintos componentes y alcanzar la salud es indispensable la Justicia Social, basada en principios morales y éticos que permitan el logro de la Equidad, eliminando las diferencias innecesarias e injustas que restringen las oportunidades de acceso a la misma. Esta relación conecta directamente a esta problemática con los Derechos Humanos Fundamentales , es decir la concepción de la salud como Derecho. Estos aspectos, que consideramos fundamentales en la construccion conceptual que pretendemos transmitir seran desarrollados en profundidad en los siguientes capitulo.

El anverso de esta realidad o la falta de desarrollo de alguno de estos componentes generara desde una perspectiva mas amplia que la solamente económica, a la Pobreza, entendida como una realidad de carencias y por ende de oportunidades.

“...el enfoque en biología y medicina establecido en el siglo XVII era un enfoque de ingeniería basado en un modelo físico, sus consecuen-cias son hoy aun mas claras, en gran parte porque los recursos de la física y de la química son mucho mas poderosos. La física, la química, y la biología se consideran ciencias básicas para la medicina; la educación medica comienza con el estudio de la estructura y la función del cuerpo, continua con el examen de los procesos patológicos y termina con la instrucción clínica a una población enferma seleccionada

«... para lograr la armonía entre los distintos componentes y alcanzar la salud es indispensable la Justicia Social, basada en principios morales y éticos que permitan el logro de la Equidad, eliminando las diferencias innecesarias e injustas que restringen las oportunidades de acceso a la misma. Esta relación conecta directamente a esta problemática con los Derechos Humanos Fundamentales , es decir la concepción de la salud como Derecho.»

Liga estrechamente bienestar con derechos y por ende con *dignidad*

Conceptualizacion de Calidad de vida

Otro concepto que aparece en el tiempo es el de Calidad de Vida, que empieza a utilizarse en la década del setenta, como una reacción a lo criterios economicistas, que predominaban en los informes de tipo social y como reacción como consecuencia de los daños económico provocados por un proceso de industrialización y un modelo de desarrollo que han causado un grave deterioro del medio ambiente. Todo esto basado en la idea de que todo crecimiento económico generado por el aumento de producción tenia como consecuencia mayor bienestar social

Para las Naciones Unidas, la calidad de vida expresa indistintamente conceptos de felicidad, bienestar (entre otros) y es el resultado integral de la forma en que la sociedad esta organizada. La calidad vida esta relacionada con condiciones de vida, con aspectos como educación, , salud , ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida, aspectos económicos. No existe una teoría única que defina calidad de vida. Este termino refiere a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos. Tal evaluación no es un acto de la “razón” sino mas bien un sentimiento. Lo que mejor define a la calidad de vida es la “calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos” (Coehlo y Coehlo). (no hay que confundir el concepto de calidad de vida con otros similares: *Nivel de vida*: que se relaciona con el estándar económico, *Poder adquisitivo*; *Estándar de vida*: que designa aspiraciones, esperanzas e ideas en lo que concierne a las condiciones de la existencia que anhela o reivindica una persona; *Forma de vida*: relacionada con gustos de la persona; *Genero de vida*: que alude al modo de vivir ya sea individual o colectivamente; *Sistema de vida*: caracteriza la idiosincrasia de un pueblo)

La mayoría de los autores coinciden en concebir a la calidad de vida como una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas medidas objetivas a través de una serie de indicadores, pero donde tiene un peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de si mismo. Uno de estas medidas es lo que se conoce como Indice de Desarrollo Humano (IDH) que se desarrolla mas adelante.

Levi y Anderson señalan que un alto nivel de vida objetivo, ya sea por recursos económicos, el hábitat, el nivel asistencial, o el tiempo libre, puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Pero esta concordancia no es Biunívoca. Para ellos, «... por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad de vida individual es el ajuste o la coincidencia entre las características de la situación de la existencia y las oportunidades, expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como el las percibe ». Diferentes autores han configurado cuatro grandes áreas de interés (Coehlo y Coehlo):

Ð Algunos aspectos que se consideran decisivos para el bienestar general del ciudadano: Trabajo. Educación, Sanidad, Vivienda y Equipamientos

Ð Relacionado con la contribución que tiene el medio; la calidad ambiental en la calidad de vida y, que viene representada por la calidad del aire, el ruido, el agua, etc.

Ð Ambitos de naturaleza psicosocial, vinculado al ámbito interactivo del sujeto: relaciones familiares, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre, etc

Ð Por ultimo, el que hace referencia a aspectos de orden socio-político, tales como la participación social, la seguridad personal y jurídica

Por otro lado, términos como bienestar, calidad de vida, satisfacción y felicidad se interpretan indiscriminadamente con la misma connotación; debido tal vez, a la dificultad de definir los términos y de medir aspectos tan subjetivos de la vida individual de las personas y las comunidades.

El desarrollo a escala humana

Últimamente la teoría de desarrollo denominada “Desarrollo a Escala Humana” diseñada por Max Neef y su equipo (1986) ha tenido gran aceptación. . De acuerdo con estos autores, “el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas” y “ la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales”.. Para estos autores, las necesidades fundamentales son : subsistencia, protección, afecto, entendimiento, ocio, creación, identidad y libertad. Max Neef diferencia entre necesidades y satisfactores de estas necesidades.

Son los satisfactores los que definen la modalidad dominante de una cultura o a la que una sociedad imprime a las necesidades. Los satisfactores no son los bienes económicos disponibles, sino que están referidos a todo aquello que por representar formas de ser, tener, hacer y estar, contribuyen a la realización de necesi-

dades humanas.. Pueden incluir entre otras: formas de organización, estructuras políticas, practicas sociales, condiciones subjetivas, valores y normas, espacios, contextos, comportamiento y actitudes; que constantemente se debaten entre consolidación y cambio.

Formulan las siguientes hipótesis:

- Las necesidades humanas son finitas, pocas y calificables
- Las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos; lo que cambia a través del tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de esas necesidades.

Cada sistema político, económico y social, adopta diferentes estilo para satisfacción de las mismas necesidades humanas fundamentales. En cada sistema estas se satisfacen o no, a través de la generación de diferentes tipos de satisfactores.

Uno de los aspectos que define a una cultura es su elección de sus satisfactores. Lo que esta culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades. El cambio cultural es por ende, consecuencia de abandonar satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes. La satisfacción de las necesidades humanas es lo que determina la calidad de vida, siendo a su vez el fundamento concreto del bienestar social.

Desde esta perspectiva la pobreza significa la denegación de opciones y oportunidades de vivir una vida tolerable. La pobreza puede significar mas que la falta de lo que es necesario para el bienestar material. La pobreza puede significas además la delegación de oportunidades y opciones básicas para el desarrollo humano, como vivir una vida larga, sana y creativa y disfrutar de un decente nivel de vida, libertad, dignidad, respeto por si mismo y por lo demás. La pobreza de opciones y oportunidades es mas pertinente que la pobreza de ingreso . Es imperativo aclarar las diferencias conceptuales entre desarrollo humano y crecimiento economico. El crecimiento de las economías no ha estado siempre ligado a la reducción de la pobreza, de las desigualdades en la distribución del ingreso, el desempleo, la mejora de los salarios ,etc. Tampoco esto ha ocurrido con la superación en las brechas en salud y educación ni al incremento de la participación política de la población. Es de otro tipo de desarrollo que se habla aquí . Los participantes en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social se comprometieron con el objetivo de erradicar la pobreza como un imperativo ético, social, político y moral de la humanidad, y reconocieron que el desarrollo centrado en la gente era la clave para lograr ese objetivo.

Bienestar finalmente es sinónimo de salud, entendida esta en su concepción mas amplia, histórica; encuadrada en un marco social determinado; ligado a las necesidades humanas mas fundamentales, superando el reduccionista enfoque mecanicista; suprasectorial al sistema de salud; ligado a los derechos Humanos fundamentales y con una gran responsabilidad de los estados sobre sus habitantes

Indicadores del bienestar y la calidad de vida: El Indice de Desarrollo Humano

Mediante diversos indicadores, la ciencia economica del siglo XX, ha permitido el avance en la medicion de la riqueza comparativa entre diferentes paises, ejemplo de esto, son el PBN, el producto bruto nacional y el PBI o producto bruto interno; sin embargo esta claro que no ilustraban con suficiente amplitud lo que se conoce como desarrollo, al excluir medidas explicitas de bienestar no economico, componentes básicos de la calidad de vida.

> ***Las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y calificables y son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos; lo que cambia a través del tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de esas necesidades***

La comprension de lo anterior llevo al PNUD (programa de las naciuones Unidas para el Desarrollo) a la necesidad de complementar a los indicadores economicos con otros elementos para valorar el grado de desarrollo de un pais. Eso se logro a traves del Índice de Desarrollo Humano (IDH). Comenzo a usarse en 1990 y es uno de los principales instrumentos de medicion entre paises.

EL IDH se publica cada año, en le marco del Informe Anual para el Desarrollo Humano de la PNUD. Conceptualmente el IDH, reconoce que el ser humano es y debe ser el centro y el foco del esfuerzo del desarrollo. Para ello debe tener satisfechas sus necesidades basicas y ha de te-

ner capacidad de decidir entre alternativas y acceso a opciones de trabajo dignas. Por ello se integran tres componentes: riqueza, esperanza de vida, y logro educativo. Los tres componentes se pesan por igual, por lo que no se le da mayor importancia a un componente que a los otros. La esperanza de vida al nacer considera un buen indicador aproximado de la satisfacción de necesidades basicas, mientras que el logro educativo constituye un buen indicador de la capacidad de elección entre opciones.

CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PUBLICAS SALUDABLES

"La teoría política es simplemente, el intento del hombre por comprender conscientemente y resolver los problemas de su vida grupal y su organización " (Sabine). Las políticas publicas en general, son las que crean las diferentes opciones para la vida en comunidad, por consiguiente las posibilidades para que la gente pueda disfrutar de una buena calidad de vida.

"... el concepto de Política Publica Saludable (PPS) se refiere a aquellas políticas que tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud; usualmente se originan en diversos sectores y no necesariamente en el sector salud..."

En el campo de la Promoción de la Salud y la Salud Publica y como parte del gran tema de las políticas publicas, ha surgido a partir de Ottawa el concepto de Política Publica Saludable (PPS) para referirse específicamente aquellas políticas que tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud; usualmente se originan en diversos sectores y no necesariamente en el sector salud, que tradicionalmente formula las políticas especificas relacionadas con la organización de la atención de la salud para la población, o sistema de servicio, así como las orientaciones para el desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades.

El proceso de construcción de la PPS requiere de la aplicación de instrumentos técnicos y metodológicos de información, educación, y comunicación social necesarios para llevar los problemas sociales prioritarios a los decisores de políticas publicas. La creación de una conciencia social sobre las grandes inequidades y sus condicionantes constituye una de las mas poderosas estrategias para el abordaje político en la practica de la promoción de la salud.

La creación de una conciencia social sobre las grandes inequidades y sus condicionantes constituye una de las mas poderosas estrategias para el abordaje político en la practica de la promoción de la salud

El desafío actual se extiende hacia la capacidad de la propia sociedad civil para movilizarse y adecuar un orden político representativo a los proyectos de los diversos y heterogéneos sujetos sociales. Un tipo de desarrollo orientado a fortalecer espacios locales, microorganizaciones y la multiplicidad de matrices culturales dispersas en la sociedad civil, no puede eludir la atarea de consolidar practicas y mecanismos que comuniquen, socialicen y rescaten diversas identidades colectivas que conforman el cuerpo social

Partiendo desde el concepto de bienestar y teniendo como marco la realidad de nuestras comunidades y países, la construcción de la salud, supera al rol de los estados, aunque este debe pensar al trabajo en salud como parte de la gran construcción colectiva de la ciudadanía, es decir consolidar en los sujetos la conciencia del derecho a la salud y al bienestar, a través de ser actores directos en esa construcción.

El concepto de Empoderamiento

Generar participación en procesos colectivos requiere de un poder igualitario, que incluya a todos, generando confianza social que permita la búsqueda de soluciones . Este proceso se denomina emponderamiento.

Swift y Levin (1987) señalan que para que una persona se empondere, tiene que tener primero conciencia critica de su falta de poder, segundo sentir la inequidad y por ultimo, a través de la interacción social, conseguir camaradería con personas similares a el en su pensamiento. Este grupos de personas participan en acciones deliberadas con el propósito de cambiar las condiciones sociales, creadas por esta falta de poder.

Wallerstein (1992) define al empoderamiento con un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades hacia la meta de incrementar el control individual y comunitario, logrando eficacia política, mejora de la calidad de la vida comunitaria y justicia social. Se produce de esta forma un capital social, como redes, normas y confianza social que facilita la coordinación y cooperación para el beneficio mutuo

Por muchas razones la vida es mas fácil en comunidades con un alto capital social; se evita el oportunismo, se desarrolla el "yo" en un "nosotros" .

Como resultado de la falta de empoderamiento surge la exclusión social, que se manifiesta en algunas poblaciones que no tienen oportunidad de vida, por no tener condiciones mínimas de supervivencia. Esta situación genera poblaciones con diferencias en salud dentro de un país y dentro de una ciudad, producto de la inequidad en la satisfacción de las necesidades básicas; así como grupos de individuos excluidos por razones de edad, genero etnia, religión, etc exponiéndolos s a determinados riesgos que siendo evitables son injustos. La exclusión social se ha vuelto un tema prioritario y de preocupación social en el mundo. En gran medida se pueden asimilar los excluidos con los pobres, porque ser pobre, hoy en día, es ser excluido (Thai-Hop 1999) Definir la pobreza en términos exclusivamente económicos es imposible.

Los pobres no son solo los que carecen de lo necesario, sino también los que no son tomados en cuenta a la hora de organizar la sociedad y de tomar decisiones sociales y políticas que han de incidir en su vida y en muerte. Según la ONU, 3000 de personas , vive hoy con menos de dos dólares al día y de ellos 1300 millones con 1 dólar al día, lo que se considera pobreza absoluta.

Emponderarse , de acuerdo con Blanchard, Carlos y Randolph (1999) tiene tres llaves:

- Ð La información de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba, de lado y en diagonal que beneficia a todos y su transformación en conocimiento
- Ð La autonomía dentro de ciertos limites
- Ð El trabajo en equipo, constituyendo este, la jerarquía que genera la interacción necesaria para proporcionar la dirección y le soporte para el uso y desarrollo de los talentos que la gente tiene y adquiere

De acuerdo con esto, el emponderamiento comunitario significa: elaborar una visión con participación de todos; conocer y participar en el diagnostico; priorizar problemas y potencialidades de desarrollo; participar en la gestión y ejecución de los proyectos; evaluar su impacto y definir sus prioridades; entender los limites de autonomía que tiene la solución local, dentro del marco de la política local, dentro del marco de la política global, nacional y departamental; y manejar los proyectos y programas de intervención por equipos intersectoriales, interdisciplinarios y liderados por la comunidad excluida.

MODULO 1: Políticas y Sistemas Sanitarios

Capitulo 2



Los Derechos Sociales





INTRODUCCION AL CAPITULO 2

Concluimos en el capitulo anterior que independientemente de las definiciones y paradigmas que aborden el proceso Salud-Enfermedad existen una serie de conceptos basicos que escapan al debate, o al menos son asumidos como propios y matizados de acuerdo a la postura con que se los analice.

De estos, rescatamos fundamentalmente el concepto de Derecho a la Salud como parte de los derechos sociales, ya que cualquier aspecto o componente que se desprenda de la conceptualizacion del proceso Salud-Enfermedad, requiere necesariamente, de ciertas garantias para el acceso a los servicios y para el desarrollo de las potencialidades de las personas en un marco de justicia distributiva.

Por lo tanto consideramos primordial abordar las generalidades de los derechos sociales para luego presentar, en el capitulo siguiente, las distintas miradas acerca del derecho a la salud. Para esto se presentan tres articulos que definen y caracterizan diferentes aspectos de los derechos sociales.

El primer articulo propone un analisis critico respecto a las definiciones y conceptualizaciones que sobre los derechos sociales se han venido haciendo. Este analisis se basa en la perspectiva del derechohabiente y en el rol del estado que como garante del cumplimiento de estos derechos modera las desigualdades. Al respecto se revisan las características de los derechos sociales, su vinculación con el Estado social y con los derechos prestacionales, sus implicancias con los particulares, para exponer finalmente las distintas posturas juridicas sobre la titularidad de estos derechos.

El segundo Articulo define a los derechos sociales como código relacionado con los principios para asignar recursos y con los criterios distributivos En este sentido, se analizan en la primera parte el concepto de ciudadania y la inclusion de los derechos sociales dentro de este concepto. En la segunda parte del articulo se exponen las dificultades para la instrumentacion de estos conceptos analizando los instrumentos formales de aplicabilidad y exigibilidad de los derechos sociales.

El tercer articulo la analiza la exigibilidad de los derechos sociales y la competencia del estado en garantizar su cumplimiento. En una primera parte los diferencia de los derechos civiles y politicos, asignando a los derechos sociales una categoria juridica incierta en cuanto a la exigibilidad. En este sentido describe las obligaciones negativas, es decir la obligacion de abstencion, y las obligaciones positivas, es decir de accion o prestacion, de los poderes publicos y presenta un esquema de las obligaciones estatales por niveles.

ESQUEMA DE CONTENIDOS

1. Nociones que se tienen sobre los Derechos Sociales

a. Conceptualizaciones de los derechos sociales

b. Derechos de igualdad y derechos de libertad

c. Rol corrector del estado en las desigualdades de acceso al goce de los derechos sociales.

d. El estado social y el estado liberal

e. Los derechos sociales como obligaciones de los poderes publicos y en las relaciones entre particulares

f. Universalidad y titularidad de los derechos sociales

2. Ciudadanía y derechos Sociales: ¿criterios distributivos?

a. Introducción

b. La ciudadanía

c. Los postulados de Marshall

d. Las criticas a los postulados de Marshall

e. Las dificultades de instrumentación

f. Reflexiones finales

3. Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos sociales

a. Los derechos sociales en tanto derechos

b. El problema de la exigibilidad de los derechos sociales

c. Conclusion

NOCIONES QUE SE TIENEN SOBRE LOS DERECHOS SOCIALES

Extracto del Articulo "Los derechos sociales en el marco de los derechos humanos" Miguel F. Canessa Montejo.
Abogado y Sociólogo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Publicado en la pagina web de la Red de informatica Juridica de la Comision Andina de Juristas (www.cajpe.org.pe/guia/canes-1.htm)

Conceptualizaciones de los derechos sociales

Los derechos sociales siempre han resultado un término difícil de conceptualizar. Sin embargo, recurriremos a la clásica definición de derechos sociales que los expone en dos planos: el subjetivo y el objetivo.

En el plano subjetivo derecho social es

Ð «el derecho general de cada ciudadano a participar en los beneficios de la vida asociada, el cual se refleja en derechos específicos a determinadas prestaciones, directas o indirectas, de parte de los poderes públicos». Tambien se lo define como «un conjunto de exigencias que los individuos o los grupos plantean a la sociedad y al Estado para que éstos les proporcionen los medios que hacen posible el disfrute de una existencia humana digna»

En el plano objetivo derecho social es

Ð «el conjunto de normas a través de las cuales el Estado lleva a la práctica su función equilibradora y moderadora de las disparidades sociales». Tambien se define a los derechos sociales como «aquellos derechos en que se concreta, mediante diversos tipos de prestaciones, la colaboración de los poderes públicos en la satisfacción de las necesidades básicas».

El plano subjetivo coloca al derecho social en relación a su titular, mientras que en el plano objetivo se alude al sistema normativo de los derechos sociales y sus implicancias sobre el Estado.

Todos estos conceptos evidencian algunos rasgos importantes que merecen destacarse.

Ð En primer lugar, son derechos que se dirigen como exigencias al Estado. Se trata de que el Estado actúe proporcionando los medios o los recursos para el goce de estos derechos.

Ð En segundo lugar, se presupone que existen individuos o grupos que no cuentan con los recursos materiales para satisfacer sus necesidades básicas, por lo que se convierte en un imperativo ético lograr dicha satisfacción; esto es lo que le otorga fundamento a este tipo de derechos.

Ð En tercer lugar, los derechos sociales son un conjunto de normas que sustentan la actuación del Estado en su prestación para la satisfacción de las necesidades básicas.

Hay una estrecha vinculación entre los derechos sociales y la satisfacción de las necesidades básicas de los individuos, trasluciendo un sentido igualitario en la actuación del Estado. El objetivo ultimo de estos es lograr la igualdad a través de la satisfacción de necesidades básicas, sin las cuales muchas personas no podrían alcanzar los niveles de humanidad necesarios para disfrutar de los derechos individuales, civiles y políticos, para participar en la plenitud en la vida política y para disfrutar de sus beneficios».

Hay una estrecha vinculación entre los derechos sociales y la satisfacción de las necesidades básicas de los individuos, trasluciendo un sentido igualitario en la actuación del Estado. El objetivo ultimo de estos es lograr la igualdad a través de la satisfacción de necesidades básicas, sin las cuales muchas personas no podrían alcanzar los niveles de humanidad necesarios para disfrutar de los derechos individuales, civiles y políticos, para participar en la plenitud en la vida política y para disfrutar de sus beneficios».

Rol corrector del estado en las desigualdades de acceso al goce de los derechos sociales.

El carácter igualitario es el objetivo de los derechos sociales; ello porque se reconoce que la igualdad formal o jurídica resulta insuficiente para el goce y ejercicio de los derechos consagrados en los ordenamientos jurídicos.

Si se parte del principio de que los ciudadanos son iguales ante la ley y poseen los mismos derechos, deben poder participar en situación de igualdad en las ventajas que dimanan de la sociedad, y que es tarea del Estado hacer que tal

derecho sea respetado, evitando que los más poderosos opriman a los débiles y que la desigualdad de hecho destruya la igualdad jurídica.

Allí donde no hay una intervención correctora de los poderes públicos, la libertad se convierte en coartada para la explotación de los débiles y la igualdad formal deviene cobertura ideológica de la desigualdad material.

Los derechos sociales han sido introducidos precisamente para enmendar este despropósito; la política social del Estado debe ser, por tanto, un agente compensador-nivelador que contrarreste en parte la dinámica de desigualdad generada por la economía de mercado. Se trata del esfuerzo de que todos los miembros de la sociedad cuenten con una situación material que les permita gozar y ejercitar su igualdad jurídica; por ello el rol central queda en manos del Estado para cumplir ese objetivo social.

El estado social y el estado liberal

Al recaer en el Estado -posteriormente veremos que también en los particulares- la responsabilidad sobre los derechos sociales, se hace necesario la formulación de normas secundarias o de organización que se interpongan entre el derecho y la obligación; entre el sujeto acreedor y el sujeto deudor, que sean uno de los niveles como se incorporan los derechos sociales en el Derecho positivo «Eso supone que esas normas ordenan mandar a los poderes públicos, es decir, ordenan realizar conductas positivas tendientes, o bien a crear normas que garanticen derechos subjetivos o bien crear servicios públicos que faciliten o hagan posible una acción promocional positiva en el ámbito.

Allí donde no hay una intervención correctora de los poderes públicos, la libertad se convierte en coartada para la explotación de los débiles y la igualdad formal deviene cobertura ideológica de la desigualdad material. La política social del Estado debe ser, por tanto, un agente compensador nivelador que contrarreste en parte la dinámica de desigualdad generada por la economía de mercado

El Estado adquiere la obligación de satisfacer esas necesidades básicas de los ciudadanos por medio de acciones directas o prestando servicios públicos. Los derechos sociales redefinen el rol del Estado y le establecen un perfil distinto: el Estado social. Un Estado que se responsabiliza de sus ciudadanos y que no se muestra ajeno a sus carencias materiales. “El concepto de derechos sociales se nos ofrece, pues, en estrecha correlación con el de Estado social. Los diversos tipos de derechos fundamentales presuponen distintas actitudes y distinta estructuración de los poderes públicos”.

Las instituciones del Estado liberal fueron diseñadas “a la medida” de los derechos-autonomía o “libertades defensivas”; de la misma forma, el Estado social intenta desarrollar un aparato institucional capaz de garantizar la satisfacción de los derechos sociales. En cada momento histórico, los derechos fundamentales señalan el nivel de las exigencias sociales con relación al Estado, indican qué espera el ciudadano de los poderes públicos. En definitiva, la función crea al órgano: la morfología institucional del Estado variará en función de cuáles sean los derechos fundamentales cuya satisfacción espera de él la sociedad».

Así como los derechos sociales definen la acción estatal, también resultan siendo un límite a su poder. Ello se expresa en una obligación de hacer del Estado: tienen la obligación de mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos; la inexistencia de una actuación normativa de los poderes públicos suponen la violación de los derechos sociales. Los derechos sociales se convierten en paradigma de acción del Estado; por ello se les vincula como derechos de prestación.

Es muy comun identificar los derechos sociales con los derechos prestacionales, esto es, con aquellos derechos que en lugar de satisfacerse mediante una abstención del sujeto obligado, requieren por su parte una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio». «si algún atributo suscita un razonable consenso en la doctrina, se trata, sin duda, de éste: los derechos sociales parecen presuponer un protagonismo activo-prestacional de parte de los poderes públicos».

Universalidad y titularidad de los derechos sociales

Los derechos sociales no sólo involucran en su responsabilidad al Estado, sino también a los particulares. Esto viene muy relacionado a su titularidad y a la universalidad de la que goza. Este es también un tema que ha dividido a la doctrina jurídica.

Por un lado, se encuentran los que sostienen que los titulares de los derechos sociales sólo son los

necesitados; mientras por otro lado, los que afirman que los titulares son todos los ciudadanos.

- **La primera posición** sostiene que «No estamos ante los viejos derechos naturales. Es más bien el objetivo a alcanzar». En estos derechos la universalidad es un objetivo y se encontrará en su momento en el punto de llegada. Por eso tampoco tiene sentido la igualdad como equiparación. Sería un criterio injusto que se consagrara la desigualdad real. Hay que discriminar entre desigualdades y en ese caso la igualdad supone la diferenciación. Se trata de tratar desigualmente a los desiguales, por lo que los titulares de los derechos económicos, sociales y culturales sólo deben ser aquellas personas que necesitan el apoyo, y no quienes no lo necesitan. «Igualdad como diferenciación y universalidad en el punto de llegada son los rasgos identificadores de estos derechos» En esta linea otros sostienen que «Los derechos sociales no pueden definirse ni justificarse sin tener en cuenta los fines particulares, es decir, sin tener en cuenta entre otras cosas las necesidades y, por ello, tampoco son concebibles como derechos universales en el sentido de que interesen por igual a todo miembro de la familia humana, ya que se formulan para atender carencias y requerimientos instalados en la esfera desigual de las relaciones sociales. Dicho de otro modo, las ventajas o intereses que proporcionan o satisfacen las libertades y garantías individuales son bienes preciosos para toda persona, mientras que las ventajas o intereses que encierran los derechos sociales se conectan a ciertas necesidades cuya satisfacción en el entramado de las relaciones jurídico-privadas es obviamente desigual»
- **Una segunda posición** es la que sostiene que no se puede restringir la titularidad de los derechos sociales sólo a los necesitados, sino que esta debe extenderse a todos los seres humanos. «la universalización subjetiva de los derechos sociales significa que el paraguas asistencial del Estado se amplía hasta cubrir a toda la población, pero no implica que los derechos deban despojarse del "poliformismo funcional" que les permite atender a las necesidades específicas que surgen en los distintos contextos vitales. De esta forma, razonábamos en un apartado anterior, la universalidad de los derechos sociales (globalmente considerados) se muestra compatible con un principio de "diversificación estratégica" del que resulten «derechos sociales específicos para los distintos grupos profesionales, de edad, de renta, etc».

Para responder a aquellas críticas que cuestionan la formulación de los derechos sociales sin establecer distingos en función a la personificación de los necesitados, se afirma que : «los derechos humanos se refieren a situaciones y rasgos posibles (pero no necesariamente actuales) de la existencia humana. Así, por ejemplo, la condición de trabajador asalariado o de beneficiario de asistencia sanitaria sólo es una realidad actual para un sector de la población, pero está presente como posibilidad en el horizonte vital de todos los ciudadanos (todos somos enfermos o asalariados potenciales). Se trata, simplemente, de no confundir la existencia de los derechos con su ejercicio. Así, el derecho de voto es un derecho universal (en el sentido de que nadie está excluido de él a priori), y esa universalidad no resulta empañada por el hecho de que un porcentaje importante de la población rehúse habitualmente hacer uso de él. La universalidad concierne a la titularidad del derecho, no a su ejercicio»

Los derechos sociales no sólo involucran en su responsabilidad al Estado, sino también a los particulares. Esto viene muy relacionado a su titularidad y a la universalidad de la que goza. Por un lado, se encuentran los que sostienen que los titulares de los derechos sociales sólo son los necesitados; mientras por otro lado, estan los que afirman que los titulares son todos los ciudadanos. Estas posturas juridicas, son las que dan origen a la division politica existente entre las posturas Igualitarias y Libertarias que seran analizadas en el proximo capitulo.

Ambas posiciones ponen el énfasis en que la titularidad de los derechos sociales está sujeto a los sectores que no pueden satisfacer sus necesidades básicas. La diferencia argumental consiste en que la primera posición lo identifica directamente con los necesitados mientras que la segunda posición, si bien admiten que son los necesitados quienes gozan de este derecho, no se puede negar que en general todos tenemos la posibilidad de ubicarnos en esa categoría; por ello no se le puede negar su universalidad.

CIUDADANÍA Y DERECHOS SOCIALES: ¿CRITERIOS DISTRIBUTIVOS?

***Sara Gordon R**. Investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Doctorado en Estudios Latinoamericanos, especialidad Ciencia Política, Universidad de la Sorbona, París.Publicado en la Pagina Web de Clacso (Clacso.edu.ar)*

Introducción

A partir de los procesos de democratización y de las reformas tendientes a establecer la regulación por el mercado, es cada vez más frecuente el uso del concepto de ciudadanía, junto con el de derechos sociales ligado a éste, como criterio para atender el bienestar social. En la utilización de tales conceptos y en el objetivo de establecerlos como principios distributivos, coinciden organismos internacionales, partidos políticos, dependencias del gobierno y organizaciones no gubernamentales.

«... la igualdad humana básica de pertenencia es enriquecida con nuevos contenidos, dotada de un conjunto de derechos, e identificada con el status de ciudadanía. La viabilidad económica de la aplicación universal de los derechos sociales está dada en lo fundamental a partir de la participación de los individuos en el mercado de trabajo. El concepto de ciudadanía social fundamentado por Marshall contempla, de manera paralela a los derechos, una dimensión de obligaciones: un ciudadano debe trabajar, pagar impuestos, enviar a sus hijos a la escuela y cumplir con el servicio militar, entre otras responsabilidades.»

Así, es común encontrar este concepto en trabajos académicos, en textos publicados por algunos organismos internacionales, y en las propuestas de diversos partidos políticos.

Tanto organizaciones políticas como algunas entidades gubernamentales se han referido a la necesidad de basar la atención del bienestar en derechos sociales.

En virtud de la importancia y creciente utilización de los conceptos de ciudadanía y de derechos sociales, es esencial reflexionar sobre la potencia de éstos para constituirse en criterios distributivos

La ciudadanía

Los postulados de Marshall

Como es sabido, el concepto sociológico de ciudadanía al que se alude proviene de la formulación de T.H. Marshall, quien sostuvo que la ciudadanía es un status de plena pertenencia de los individuos a una sociedad y se confiere a quienes son miembros a pleno derecho de una determinada comunidad, en virtud de que disfrutan de derechos en tres ámbitos: civil, político y social.

- **El ámbito civil** abarca los derechos necesarios a la libertad individual (libertad personal, palabra, pensamiento, fe, propiedad y posibilidad de suscribir contratos, y el derecho a la justicia).
- **El ámbito político** involucra el derecho a participar en el ejercicio del poder político, ya sea como miembro de un cuerpo dotado de autoridad política o como elector de los miembros de tal cuerpo.
- **El ámbito social** abarca tanto el derecho a un modicum de bienestar económico y seguridad como a tomar parte en el conjunto de la herencia social y a vivir la vida de un ser civilizado, de acuerdo con los estándares prevalecientes en la sociedad.

El incluir distintos tipos de derechos en un solo concepto, el de ciudadanía, permite a Marshall conciliar los valores y principios de la democracia liberal (civiles y políticos) con preocupaciones por el bienestar material (sociales), e incorporar a la pertenencia que da la ciudadanía la posibilidad de compensar los efectos del mercado. La idea central es que hay un tipo de igualdad social asociado al concepto de pertenencia total a una comunidad, que no es consistente con las desigualdades que distinguen a los diversos niveles económicos de una sociedad.

Así, la igualdad humana básica de pertenencia es enriquecida con nuevos contenidos, dotada

de un conjunto de derechos, e identificada con el status de ciudadanía. La viabilidad económica de la aplicación universal de los derechos sociales está dada en lo fundamental a partir de la participación de los individuos en el mercado de trabajo, lo cual se explica porque Marshall sistematizó su concepción en una etapa de pleno empleo.

El concepto de ciudadanía social fundamentado por Marshall contempla, de manera paralela a los derechos, una dimensión de obligaciones: un ciudadano debe trabajar, pagar impuestos, enviar a sus hijos a la escuela y cumplir con el servicio militar, entre otras responsabilidades.

Las criticas a los postulados de Marshall

Varios autores han señalado las debilidades teóricas del postulado de Marshall. La principal reside precisamente en el hecho de confundir en un mismo concepto derechos que tienen una estructura distinta.

1. Los derechos sociales no pueden ser colocados en el mismo plano que los civiles y los políticos, que en la tradición liberal son universales.

Los derechos civiles y los políticos le crean al Estado obligaciones de respeto: a la inmunidad de las personas, a la inviolabilidad del domicilio. En ese sentido, su acción o falta de acción está claramente delimitada.

En cambio, los derechos sociales obligan al Estado a proporcionar prestaciones específicas que para ser satisfechas requieren del cumplimiento previo de complejas condiciones económicas, administrativas y profesionales.

Preguntas tales como "¿cuáles servicios particulares deben ser incorporados a los derechos sociales y ser distribuidos bajo criterios no mercantiles?" o "¿cuál debe ser el nivel de los beneficios otorgados ? " son cuestiones que no pueden establecerse con el mismo carácter metódico con el que se procede en los derechos civiles y los derechos políticos. Mientras que estos últimos establecen las reglas del juego, los derechos sociales representan el resultado del funcionamiento de estas reglas en interacción con el mercado.

2. Los derechos sociales no son en sí mismos derechos de participación en una comunidad nacional común, sino sólo condiciones prácticas que permiten esta participación.

3. A diferencia de los derechos civiles y los políticos, que son universales y formales, los sociales tienen sentido sólo si se conciben como aspiraciones a prestaciones concretas, y estas últimas no pueden ser universales, sino particulares y selectivas.

Ligado a este carácter específico se halla el hecho de que no está claro en qué deben concretarse los derechos a la salud, a la educación o a la vivienda. En general, estos derechos se definen en términos de prestaciones mínimas o medias, tales como nivel mínimo de instrucción o un nivel promedio de atención a la salud, pero el derecho al trabajo es una expectativa no formalizable, respecto de la cual el aparato público carece de medios efectivos de largo plazo a menos que intervenga en las reglas del mercado, de donde provienen en buena medida los recursos necesarios para pagar los servicios.

Mientras que los derechos civiles y los politicos establecen las reglas del juego, los derechos sociales representan el resultado del funcionamiento de estas reglas en interacción con el mercado.

4. Dado que los derechos sociales implican expectativas que tienen como objeto prestaciones públicas (transferencias, nivel mínimo de instrucción, salud y bienestar, etc.), traen consigo requerimientos organizativos y de procedimiento, y demandan un elevado monto de recursos.

Su cumplimiento está muy relacionado con la existencia de una economía de mercado bien desarrollada, una sólida infraestructura administrativa y profesional, y un eficiente aparato fiscal.

La definición de los contenidos y del monto de las prestaciones sociales depende, en mayor medida que los derechos civiles y políticos, de la disponibilidad de recursos económicos y financieros generados en el mercado, y también está ligada a decisiones discrecionales de la administración pública, al juego de equilibrios de fuerza, y a reivindicaciones políticas y sociales que surgen, con frecuencia de manera conflictiva, en la sociedad. En virtud de su elevado costo y de su incidencia en los mecanismos de acumulación de la riqueza y de la captación fiscal, los derechos sociales tienen un carácter mucho más aleatorio que las acciones dirigidas a proteger los derechos civiles y los políticos. Así, mientras que

la noefectividad del derecho al trabajo es un rasgo totalmente normal en el estado social de derecho, no lo son la inviolabilidad del domicilio o las garantías a la propiedad privada.

5. Es preciso distinguir entre la noción de 'derecho social' (entendida como demanda de atención pública garantizada por la posibilidad de recurrir a juicio para lograr su satisfacción) y la noción de 'servicio social' (entendida como provisión de asistencia ofrecida por el sistema político en virtud de una exigencia sistémica de integración social, de legitimación política y de orden público).

En ese mismo sentido, es necesario diferenciar el reconocimiento de los derechos sociales del ciudadano y las políticas sociales. Estas también desempeñan importantes funciones en el plano de la integración social, de la seguridad política y del desarrollo económico, y en gran medida están subordinadas a estos objetivos.

Por este motivo, algunos autores sugieren que más que derechos, las prestaciones de atención pública deben ser consideradas como condiciones de oportunidad (conditional opportunities), es decir, instrumentos que dan acceso al ejercicio efectivo de los derechos civiles y políticos.

Las dificultades de instrumentación

El actual postulado de derechos sociales, en tanto código relacionado con los principios para asignar recursos y con los criterios distributivos, evoca tres fuentes fundamentales:

- La definición de ciudadanía de Marshall, en la que se concilian los valores y principios de la democracia liberal ligados a las libertades individuales con preocupaciones por el bienestar material, que ya hemos abordado;
- La concepción de justicia social de los gobiernos postrevolucionarios en America Latina
- Las concepciones que extienden los derechos humanos al ámbito del desarrollo, cercanas a organismos internacionales y a una corriente de la investigación social en América Latina.

La concepción que resulta de estas tres fuentes trae consigo que determinadas metas ideales se conviertan en normas orientadoras de la convivencia social cuya eventual contraposición al funcionamiento del mercado es pasada por alto, distanciándose del diseño de formas específicas de atención al bienestar elaboradas tomando en cuenta los límites que se establecen en virtud de: la conformación del mercado, la restricción de los recursos fiscales, las relaciones de fuerza, y reivindicaciones políticas y sociales.

Una muestra de las dificultades para precisar los derechos sociales se halla en el hecho de que ninguno de los actores políticos, sociales y de la administración pública que ha propuesto 'derechos sociales exigibles' como criterio de distribución, haya planteado una reglamentación adecuada para establecer medios que permitan hacer efectivos esos derechos.

Tampoco se especifican los derechos que estarían comprendidos, ni los mínimos, ni las circunstancias en que pueden reclamarse.

Ninguna de las iniciativas abordó algún mecanismo que permitiera especificar la aplicación de derechos sociales. A las dificultades para precisar los derechos se agregan las que se refieren al cumplimiento de derechos establecidos.

Sin embargo, ciertos servicios que se han incorporado en calidad de derechos sí dependen de mecanismos que están bajo la influencia del Estado y de la infraestructura y recursos públicos, como la educación y los servicios de atención a la salud.

Por otra parte, la elevada incidencia de la pobreza determina la necesidad de instrumentar programas dirigidos a los sectores de menores ingresos, tanto para desarrollar capacidades individuales como para ampliar las oportunidades de esos sectores. Además las graves disparidades sociales en amplios sectores de la sociedad requieren de políticas específicas para remontar el bajo lugar en la distribución del ingreso, y dadas las características de acceso a los derechos y el carácter de las desigualdades, éstas no pueden ser abordadas sólo como derechos sociales universales.

Reflexiones finales

La revisión de las principales críticas al concepto de ciudadanía social ha mostrado las dificultades teóricas inherentes al mismo. Además, el análisis sobre las modalidades de acceso a la ciudadanía social prevalentes apunta a tres observaciones fundamentales:

- El patrón corporativo de distribución dio acceso a bienes colectivos fundamentalmente por la vía de las organizaciones, sin que prevalezcan criterios universales en la entrega de satisfactores de bienestar.
- Insuficiencia de recursos fiscales, debido tanto a la escasa capacidad impositiva del Estado como a que las características de la economía favorecen la informalidad.
- La alta proporción de población con graves carencias indica la conveniencia de orientar los

criterios distributivos por necesidades, atendiendo a la magnitud de las carencias más que por derechos sociales.

La dificultad de otorgar prestaciones por la vía de derechos universales enunciados pero no especificados, una opción interesante para sustentar criterios distributivos que permitan la explicitación, se encuentra en el planteamiento de Bellamy, quien propone que se especifiquen derechos que llama 'institucionales', en lugar de derechos sociales emanados de los derechos humanos. Según este autor, los derechos institucionales nacen de las deliberaciones políticas y se traducen en leyes particulares y en convenciones en las que están de acuerdo los ciudadanos que participan en el proceso político, y permiten retomar la dimensión de obligaciones y deberes contenida en la ciudadanía. Estos derechos presentan ventajas respecto de los derechos del hombre ya que, a diferencia de estos últimos, expresan fines determinados socialmente que pueden ser reformulados cada vez que sea necesario hacer frente a cambios de circunstancias en lugar de apelar a una forma idealizada de comunidad y de actividad humana. Además, es posible usar la legislación para otorgar derechos específicos que atiendan demandas de los diversos ámbitos de la vida social, como en el caso de los derechos reproductivos de las mujeres, en lugar de limitarse a un estándar homogéneo. Por otro lado, cuando los derechos se institucionalizan, los deberes correspondientes pueden ser ubicados con precisión para resolver los conflictos. Estas características de los derechos 'institucionales'los hacen más adaptables que los derechos del hombre a la heterogeneidad social (Bellamy, 1994).

Habría que contemplar los principales elementos que componen las necesidades individuales, como los materiales necesarios para la existencia, de manera acorde con el estándar que la sociedad ha alcanzado nutrición, vestido, vivienda, recursos económicos, educación, salud así como los que se refieren a condiciones ambientales que constituyen el entorno biológico y físico en que habitan los individuos.

Estos elementos materiales comprenden los de uso o consumo inmediato y aquellos que propician el desarrollo de capacidades, como la educación, la cual favorece también el desarrollo social y condiciones que facilitan la viabilidad económica del país. Los acuerdos a que nos hemos referido tendrían que especificar de cuáles necesidades se debería hacer cargo la sociedad para convertirlas en derechos, así como cuáles recursos y en qué magnitud deberían utilizarse para dar cumplimiento a estos derechos. Asimismo, tendrían que aclarar a cuáles grupos de población se aplicarían. De igual modo es preciso establecer mecanismos jurídicos que permitan hacer aplicables los derechos, y asegurar la positividad del derecho, es decir, el cumplimiento de las leyes.

Por último, conviene tener presente que el desarrollo, antes que un derecho, es un componente del bienestar. Se debe distinguir los derechos de los objetivos de política social. El igualitarismo social requiere construcción de autonomía.

APUNTES SOBRE LA EXIGIBILIDAD JUDICIAL DE LOS DERECHOS SOCIALES

Victor Abramovich. Profesor adjunto de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires. Publicado en la Revista Electronica de filosofia del Derecho. Nro 4 2001.

1. Los derechos sociales en tanto derechos

Gran parte de la tradición constitucional iberoamericana en materia de derechos sociales se caracteriza por la repetición de tópicos que, a la luz de la experiencia internacional y de la ya considerable acumulación de precedentes nacionales, han demostrado ser prejuicios de tipo ideológico, antes que argumentos sólidos de dogmática jurídica. Así, aunque la gran mayoría de las Constituciones de América Latina, la de España y la de Portugal estén alineadas dentro del denominado constitucionalismo social, se ha repetido hasta el hartazgo que las normas que establecen derechos sociales son sólo normas programáticas, que no otorgan derechos subjetivos en el sentido tradicional del término, o que

no resultan justiciables. De este modo, se traza una distinción entre el valor normativo de los denominados derechos civiles -o derechos de autonomía, o derechos-libertades-, que sí se consideran derechos plenos, y los derechos sociales, a los que se asigna un mero valor simbólico o político, pero poca virtualidad jurídica.

Sin embargo, la cuestión dista de ser tan sencilla. La supuestas distinciones entre derechos civiles y derechos sociales no son tan tajantes como pretenden los partidarios de la doctrina tradicional.

Las obligaciones negativas y positivas por parte del estado respecto a los derechos civiles, politicos y sociales

La principal diferencia que señalan los partidarios de dicha doctrina reside en la distinción entre obligaciones negativas y positivas: de acuerdo a esta línea de argumentación, los derechos civiles se caracterizarían por establecer obligaciones negativas para el Estado -por ejemplo, abstenerse de matar, de torturar, de imponer censura, de violar la correspondencia, de afectar la propiedad privada- mientras que los derechos sociales exigirían obligaciones de tipo positivo -por ejemplo, dar prestaciones de salud, educación o vivienda-. En el primer caso, se dice, el Estado cumpliría su tarea con la mera abstención, sin que ello implique la erogación de fondos, y por ende, el control judicial se limitaría a la anulación de aquellos actos realizados en violación a aquella obligación de abstención. Contra la exigibilidad de los derechos sociales, aun cuando tengan reconocimiento constitucional, se dice que como se trata de derechos que establecen obligaciones positivas, su cumplimiento depende de la disposición de fondos públicos, y que por ello el Poder Judicial no podría imponer al Estado el cumplimiento de conductas de dar o hacer.

> ***«... Todos los derechos, llámense civiles, políticos, económicos o culturales tienen un costo, y prescriben tanto obligaciones negativas como positivas. Ni los derechos civiles se agotan en obligaciones de abstencion , ni los derechos sociales se agotan en conductas positivas por parte del estado ...»***

La distinción, sin embargo, es notoriamente endeble.

Los derechos civiles no se agotan en obligaciones de abstención por parte del Estado: Tambien exigen conductas positivas:

Ejemplos de estas son la reglamentación -destinada a definir el alcance y las restricciones de los derechos-, la actividad administrativa de regulación, el ejercicio del poder de policía, la protección frente a las interferencias ilícitas del propio Estado y de otros particulares, la eventual imposición de condenas por parte del Poder Judicial en caso de vulneración, la promoción del acceso al bien que constituye el objeto del derecho. Baste repasar mentalmente la gran cantidad de recursos que destina el Estado a la protección del derecho de propiedad: a ello se destina gran parte de la actividad de la justicia civil y penal, gran parte de la tarea policial, los registros de la propiedad inmueble, automotor y otros registros especiales, los servicios de catastro, la fijación y control de zonificación y uso del suelo, etcétera. Todas estas actividades implican, claro está, un costo para el Estado, sin el cual el derecho no resultaría inteligible, y su ejercicio carecería de garantía. Esta reconstrucción puede replicarse con cualquier otro derecho -piénsese, en materia de derechos políticos, la gran cantidad de conductas positivas que debe desarrollar el Estado para que el derecho de votar puede ser ejercido por todos los ciudadanos-.Amén de ello, muchos de los llamados derechos civiles se caracterizan justamente por exigir la acción y no la abstención del Estado: piénsese, por ejemplo, en el derecho a contar, en caso de acusación penal, con asistencia letrada costeada por el Estado en caso de carecer de recursos suficientes, o en el derecho a garantías judiciales adecuadas para proteger otros derechos.

En sentido simétrico, los derechos sociales tampoco se agotan en obligaciones positivas, exigen tambien en determinadas ocasiones de la abstencion estatal:

Al igual que en el caso de los derechos civiles, cuando los titulares hayan ya accedido al bien que constituye el objeto de esos derechos -salud, vivienda, educación, seguridad social- el Estado tiene la obligación de abstenerse de realizar conductas que lo afecten. El Estado afectará el derecho a la salud, o a la vivienda, o a la educación, cuando prive ilícitamente a sus titulares del goce del bien del que ya disponían, sea dañando su salud, excluyéndolos de los beneficios de la seguridad social o de la educación, del mismo modo en que afecta el derecho a la vida,

o la libertad de expresión, o la libertad ambulatoria, cuando interfiere ilegítimamente en el disfrute de esos bienes. Ciertamente, algunos derechos sociales se caracterizan principal-mente por exigir del Estado acciones positivas -*v. gr.*, los llamados derechos-prestación, es decir, aquellos que requieren la distribución de algún tipo de prestación a sus titulares, como el serivicio educativo o la asistencia sanitaria-, pero como hemos visto, esto también sucede con los derechos civiles -que exigen prestaciones de la administración de justicia, o de los registros civiles, o del registro de la propiedad, o de las fuerzas de seguridad-.

Niveles de obligaciones estatales

Todo derecho, entonces, requiere para su efectividad obligaciones positivas y negativas. En línea con esta idea, autores como Fried van Hoof o Asbjørn Eide proponen un esquema interpretativo consistente en el señalamiento de “niveles” de obligaciones estatales, que caracterizarían el complejo que identifica a cada derecho, independientemente de su adscripción al conjunto de derechos civiles o al de derechos sociales. De acuerdo a la propuesta de van Hoof, por ejemplo, podrían discernirse cuatro “niveles” de obligaciones:

Ð Obligaciones de *respetar* se definen por el deber del Estado de no injerir, obstaculizar o impedir el acceso el goce de los bienes que constituyen el objeto del derecho.

Ð Obligaciones de *proteger* consisten en impedir que terceros interfieran, obstaculicen o impidan el acceso a esos bienes.

Ð Obligaciones de *asegurar* suponen asegurar que el titular del derecho acceda al bien cuando no puede hacerlo por sí mismo.

Ð Obligaciones de *promover* se caracterizan por el deber de desarrollar condiciones para que los titulares del derecho accedan al bien.

Este marco teórico, entiende van Hoof, refuerza la unidad entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales, pues los distintos tipos de obligaciones estatales pueden ser hallados en ambos pares de derechos. Por ejemplo, señala van Hoof, la libertad de expresión no requiere sólo el cumplimiento de la prohibición de censura sino que exige la obligación de crear condiciones favorables para el ejercicio de la libertad de manifestarse -mediante la protección policial-, y del pluralismo de la prensa y de los medios de comunicación en general. Paralelamente los derechos económicos, sociales y culturales no requieren solamente obligaciones de garantizar o de promover, sino que también exigen un deber de respeto o de protección del Estado.

2. El problema de la exigibilidad de los derechos sociales

Parece claro que, de acuerdo al diseño institucional de las democracias occidentales, los poderes encargados de cumplir con las obligaciones que se desprenden del establecimiento de la mayoría de los derechos son, primariamente, los denominados poderes políticos, es decir, la Administración y la Legislatura. Esto vale tanto para los derechos civiles como para los derechos sociales: a estos poderes les corresponde la regulación normativa y la actuación administrativa destinada a velar por la efectividad de derechos tales como el derecho a casarse, a asociarse con fines útiles, a disponer de la propiedad, a la educación primaria, a la asistencia sanitaria, a gozar de condiciones dignas de trabajo, etcétera. Al Poder Judicial le cabe un papel subsidiario: le corresponde actuar cuando los demás poderes incumplan con las obligaciones a su cargo, sea por su propia acción, por no poder evitar que otros particulares afecten el bien que constituye el objeto del derecho, o por incumplir con las acciones positivas debidas.

Este recurso a la protección judicial en caso de afectación del bien que se pretende tutelar constituye un elemento central en la definición de la noción de “derecho”. El reconocimiento de los derechos sociales como derechos plenos no se alcanzará hasta superar las barreras que impiden su adecuada* justiciabilidad*, entendida como la posibilidad de reclamar ante un juez o tribunal de justicia el cumplimiento al menos de algunas de las obligaciones que se derivan del derecho

Este recurso a la protección judicial en caso de afectación del bien que se pretende tutelar constituye un elemento central en la definición de la noción de “derecho”. El reconocimiento de los derechos sociales como derechos plenos no se alcanzará hasta superar las barreras que impiden su adecuada *justiciabilidad*, entendida como la posibilidad de reclamar ante un juez o tribunal de justicia el cumplimiento al menos de algunas de las obligaciones que se derivan del derecho. De modo que, aunque un Estado cumpla habitualmente con la satisfacción de deter-

minadas necesidades o intereses tutelados por un derecho social, no puede afirmarse que los beneficiados por la conducta estatal gozan de ese derecho como derecho subjetivo, hasta tanto verificar si la población se encuentra en realidad en condiciones de demandar judicialmente la prestación del Estado ante un eventual incumplimiento. Si, como hemos venido diciendo, no existen diferencias sustanciales entre las obligaciones correspondientes a derechos civiles y derechos sociales, debe cuestionarse vigorosamente la idea de que sólo los derechos civiles resultan justiciables. Cabe, en ese sentido, referir la opinión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contenida en su Opinión General Nro. 9 ("La aplicación interna del Pacto"), de 1998:

- "En lo relativo a los derechos civiles y políticos, generalmente se da por supuesto que es fundamental la existencia de recursos judiciales frente a las violaciones de esos derechos. Lamentablemente, en lo relativo a los derechos económicos, sociales y culturales, con demasiada frecuencia se parte del supuesto contrario. Esta discrepancia no está justificada ni por la naturaleza de los derechos ni por las disposiciones pertinentes del Pacto. El Comité ya ha aclarado que considera que muchas de las disposiciones del Pacto pueden aplicarse inmediatamente. Aunque sea necesario tener en cuenta el planteamiento general de cada uno de los sistemas jurídicos, no hay ningún derecho reconocido en el Pacto que no se pueda considerar que posee en la gran mayoría de los sistemas algunas dimensiones significativas, por lo menos, de justiciabilidad. A veces se ha sugerido que las cuestiones que suponen una asignación de recursos deben remitirse a las autoridades políticas y no a los tribunales. Aunque haya que respetar las competencias respectivas de los diversos poderes, es conveniente reconocer que los tribunales ya intervienen generalmente en una gama considerable de cuestiones que tienen consecuencias importantes para los recursos disponibles. La adopción de una clasificación rígida de los derechos económicos, sociales y culturales que los sitúe, por definición, fuera del ámbito de los tribunales sería, por lo tanto, arbitraria e incompatible con el principio de que los dos grupos de derechos son indivisibles e interdependientes. También se reduciría drásticamente la capacidad de los tribunales para proteger los derechos de los grupos más vulnerables y desfavorecidos de la sociedad" (punto 10).

Entendiendo que también los derechos sociales generan al Estado un complejo de obligaciones negativas y positivas, cabe analizar entonces qué tipo de obligaciones brindan la posibilidad de su exigencia a través de la actuación judicial.

Incumplimiento de obligaciones Negativas

Por un lado, en muchos casos las violaciones de derechos económicos, sociales y culturales provienen del incumplimiento de obligaciones negativas por parte del Estado -ligadas, en muchos casos, a la violación de obligaciones de *respeto*-.Uno de los principios liminares establecidos en materia de derechos económicos, sociales y culturales es la obligación estatal de no discriminar en el ejercicio de estos derechos, que de hecho establece importantes obligaciones negativas para el Estado.

Incumplimiento de obligaciones positivas

Por otro lado, nos enfrentamos a casos de incumplimiento de obligaciones positivas del Estado, es decir, omisiones del Estado en sus obligaciones de realizar acciones o adoptar medidas de protección y aseguramiento de los derechos en cuestión. Este es el punto en el que se plantea la mayor cantidad de dudas y cuestionamientos al respecto de la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. La cuestión presenta, sin embargo, una multiplicidad de facetas, que conviene repasar. Puede concederse que en el caso límite, es decir, el incumplimiento general y absoluto de toda obligación positiva por parte del Estado, resulta sumamente difícil promover su cumplimiento directo a través de la actuación judicial. Ahora bien, aun admitiendo las dificultades, cabe señalar algunas matizaciones a estas objeciones.

En Primer lugar, resulta difícilmente imaginable la situación en la cual el Estado incumpla total y absolutamente con toda obligación positiva vinculada con un derecho social. Como hemos dicho párrafos atrás, el Estado cumple en parte con derechos tales como el derecho a la salud, a la vivienda o a la educación, a través de regulaciones que extienden obligaciones a particulares, interviniendo en el mercado a través de reglamentaciones y del ejercicio del poder de policía, *a priori* (a través de autorizaciones, habilitaciones o licencias) o *a posteriori* (a través de la fiscalización). De modo que, cumplida en parte la obligación de tomar medidas tendientes a garantizar estos derechos, aun en los casos en los que las medidas no impliquen directamente

la prestación de servicios por el Estado, queda siempre abierta la posibilidad de plantear judicialmente la violación de obligaciones del Estado por asegurar discriminatoriamente el derecho. Las posibilidades son más evidentes cuando el Estado presta efectivamente un servicio en forma parcial, discriminando a capas enteras de la población. Pueden subsistir, evidentemente, dificultades procesales y operativas en el planteo de casos semejantes, pero difícilmente pueda discutirse que la realización parcial o discriminatoria de una obligación positiva no resulte materia justiciable.

En segundo lugar, más allá de las múltiples dificultades teóricas y prácticas que plantea la articulación de acciones colectivas, en muchos casos el incumplimiento del Estado puede reformularse, aun en un contexto procesal tradicional, en términos de violación individualizada y concreta, en lugar de en forma genérica. La violación general al derecho a la salud puede reconducirse o reformularse a través de la articulación de una acción particular, encabezada en un titular individual, que alegue una violación producida por la falta de producción de una vacuna, o por la negación de un servicio médico del que dependa la vida o la salud de esa persona, o por el establecimiento de condiciones discriminatorias en el acceso a la educación o a la vivienda, o en el establecimiento de pautas irrazonables o discriminatorias en el acceso a beneficios de asistencia social. La habilidad del planteo radicará en la descripción inteligente del entrelazado de violaciones de obligaciones positivas y negativas, o bien de la demostración concreta de las consecuencias de la violación de una obligación positiva que surge de un derecho social, sobre el goce de un derecho civil. Podría señalarse que si la violación afecta a un grupo generalizado de personas, en la situación denominada por el derecho procesal contemporáneo de *derechos o intereses individuales homogéneos*, las numerosas decisiones judiciales individuales constituirán una señal de alerta hacia los poderes políticos acerca de una situación de incumplimiento generalizado de obligaciones en materias relevantes de política pública, efecto especialmente valioso al que nos referiremos en el próximo párrafo.

En tercer lugar, aun en casos en los que la sentencia de un juez no resulte directamente ejecutable por requerir de provisión de fondos por parte de los poderes políticos, cabe resaltar el valor de una acción judicial en la que el Poder Judicial declare que el Estado está en mora o ha incumplido con obligaciones asumidas en materia de derechos sociales. Las sentencias obtenidas pueden constituir importantes vehículos para canalizar hacia los poderes políticos las necesidades de la agenda pública, expresadas en términos de afectación de derechos, y no meramente de reclamo efectuado, por ejemplo, a través de actividades de *lobby* o demanda político-partidaria. Como dice José Reinaldo de Lima Lopes,"el Poder Judicial, provocado adecuadamente, puede ser un poderoso instrumento de formación de políticas públicas. Ejemplo de eso es el caso de la seguridad social brasileña. Si no fuese por la actitud de los ciudadanos de reivindicar judicialmente y en masa sus intereses o derechos, estaríamos más o menos donde estuvimos siempre". No cabe duda de que la implementación de derechos sociales depende en parte de actividades de planificación, previsión presupuestaria y puesta en marcha que corresponden a los poderes políticos, siendo limitados los casos en los que el Poder Judicial puede llevar a cabo la tarea de suplir la inactividad de aquéllos. Ahora bien, uno de los sentidos de la adopción de cláusulas constitucionales o de tratados que establecen derechos para las personas y obligaciones o compromisos para el Estado, consiste en la posibilidad de reclamo de cumplimiento de esos compromisos no como concesión graciosa, sino en tanto que programa de gobierno asumido tanto interna como internacionalmente. Parece evidente que, en este contexto, es importante establecer mecanismos de comunicación, debate y diálogo a través de los cuales se "recuerde" a los poderes públicos los compromisos asumidos, forzándolos a incorporar dentro de las prioridades de gobierno la toma de medidas destinadas a cumplir con sus obligaciones en materia de derechos sociales. Resulta especialmente relevante a este respecto que sea el propio Poder Judicial el que "comunique" a los poderes políticos el incumplimiento de sus obligaciones en esta materia. Cuando el poder político no cumpla con las obligaciones frente a las que es "puesto en mora" por el Poder Judicial, se enfrentará a la correspondiente responsabilidad política que derive de su actuación morosa ante su propia población.

Por último, como veremos en el próximo acápite, algunas objeciones dirigidas contra la justiciabilidad de los derechos sociales son circulares, ya que lo único que señalan es que los instrumentos procesales tradicionales -surgidos en el contexto de litigios que tenían como medida el interés individual, el derecho de propiedad

y una concepción abstencionista del Estado- resultan limitados para exigir judicialmente estos derechos. Esta limitación no es absoluta: en muchos casos las acciones existentes pueden emplearse perfectamente para reclamar individualmente el cumplimiento de una prestación, y en otros puede reconducirse la exigencia de derechos sociales al reclamo de derechos civiles.

«... si bien puede concederse que existen limitaciones a la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales, cabe concluir en el sentido exactamente inverso: dada su compleja estructura, no existe derecho económico, social o cultural que no presente al menos alguna característica o faceta que permita su exigibilidad judicial en caso de violación ...»

Al respecto, es pertinente recordar la línea argumentativa del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Comité interpreta la obligación de adoptar medidas de orden interno para dar plena efectividad a los derechos establecidos en el PIDESC, a la luz de dos principios:

- a) l**a obligación de los Estados** de modificar el ordenamiento jurídico interno en la medida necesaria para dar efectividad a las obligaciones dimanantes de los tratados en los que sean Parte
- b) **el "derecho a un recurso efectivo**, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley", establecido por el artículo 8 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Articulando ambos principios, el Comité señala que:

"... Los Estados Partes que pretendan justificar el hecho de no ofrecer ningún recurso jurídico interno frente a las violaciones de los derechos económicos, sociales y culturales tendrán que demostrar o bien que esos recursos no son "medios apropiados", o bien que, a la vista de los demás medios utilizados, son innecesarios. Esto será difícil demostrarlo, y se entiende que, en muchos casos, los demás medios utilizados puedan resultar ineficaces si no se refuerzan o complementan con recursos judiciales".

Conclusion

De modo que, lejos de entender que los derechos económicos, sociales y culturales no son justiciables, el Comité establece la fuerte presunción de que la falta de recursos judiciales adecuados, que permitan hacer justiciables estos derechos, constituye una violación autónoma del Pacto.

En síntesis, si bien puede concederse que existen limitaciones a la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales, cabe concluir en el sentido exactamente inverso: dada su compleja estructura, no existe derecho económico, social o cultural que no presente al menos alguna característica o faceta que permita su exigibilidad judicial en caso de violación. En palabras de Alexy: "Como lo ha mostrado la jurisprudencia del Tribunal Constitucional Federal [alemán], en modo alguno un tribunal constitucional es impotente frente a un legislador inoperante. El espectro de sus posibilidades procesales-constitucionales se extiende, desde la mera constatación de una violación de la Constitución, a través de la fijación de un plazo dentro del cual debe llevarse a cabo una legislación acorde con la Constitución, hasta la formulación judicial directa de lo ordenado por la Constitución".

MODULO 1: Politicas y Sistemas Sanitarios

Capitulo

3



El Derecho a la Salud





Introduccion al Capitulo 3

Como vimos en el primer capitulo , la salud no se limita a la ausencia de afecciones y enfermedades, en realidad se centra en la prevención, la promoción y la protección. Implica, asimismo, la existencia de un estado de bienestar en su sentido más amplio y, por tanto, supone un enfoque integral en el que se vinculan todos los factores relacionados con la existencia humana. Su satisfacción supone un compromiso político que se basa en el principio de la justicia social y debe ser considerada un elemento fundamental del progreso social. El derecho a la salud se encuadra dentro de los derechos sociales con todas las caracteristicas y particularidades expuestas en el segundo capitulo. "Para lograr la armonía entre los distintos componentes y alcanzar la salud es indispensable la Justicia Social, basada en principios morales y éticos que permitan el logro de la Equidad, eliminando las diferencias innecesarias e injustas que restringen las oportunidades de acceso a la misma. Esta relación conecta directamente a esta problemática con los Derechos Humanos Fundamentales, es decir la concepción de la salud como Derecho" o dicho de otra manera "La igualdad, la accesibilidad, la gratuidad y la equidad constituyen, los principios rectores que desarrollan la especificidad del derecho a la salud. Por equidad entendemos la oportunidad que tienen las personas de alcanzar un pleno desarrollo de su salud sobre la base de la justicia distributiva. Para ello, no se necesitan medidas uniformes, sino garantizar que el acceso a los recursos y los servicios de salud respondan a las necesidades de los distintos grupos"

En este capitulo se presentan, en un principio, diferentes aspectos del reconocimiento del derecho humano a la salud, ligado estrechamente al concepto de desarrollo. Tambien se exponen las particularidades de este reconocimiento en los Paises Latinoamericanos y en la Argentina. En una segunda parte se presentan diferentes definiciones y conceptualizaciones con respecto a los derecho y las obligaciones en salud para concluir el capitulo con una mirada particular acerca de los efectos del modelo globalizador en la conceptualizacion del derecho a la salud.

Esquema de Contenidos

RECONOCIMIENTO DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

Extracto de la ponencia "El derecho a la Salud y el papel de la OMS" de Vicmar Morillo Gil presentada en el Seminario Internacional «El derecho a la salud y la equidad en los servicios de salud», realizado en Bogotá (Colombia), 27 y 28 de abril del 2001

El derecho humano a la salud esta reconocido en múltiples tratados de los sistemas internacional e interamericano. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) es el tratado más relevante para la protección del derecho a la salud porque su artículo 12 reúne la definición más precisa del derecho y a la vez conlleva a una serie de obligaciones estatales de implementación. En efecto, se establece que los Estados se comprometen a implementar el derecho a la salud:

- Progresivamente,
- Hasta el máximo de los recursos disponibles
- Mediante la adopción de medidas

Este reconocimiento regional e internacional de la salud como derecho humano, es decir, como inherente a la dignidad humana, implica considerar que el bienestar físico, mental y social del ser humano, supone un conjunto de obligaciones para el Estado.

La igualdad, la accesibilidad, la gratuidad y la equidad constituyen, los principios rectores que desarrollan la especificidad del derecho a la salud. Por equidad entendemos la oportunidad que tienen las personas de alcanzar un pleno desarrollo de su salud sobre la base de la justicia distributiva. Para ello, no se necesitan medidas uniformes, sino garantizar que el acceso a los recursos y que los servicios de salud respondan a las necesidades de los distintos grupos. En un plano operativo, la equidad supone una distribución de recursos financieros, técnicos y humanos basada en necesidades, tanto individuales como colectivas.

Por ello, la responsabilidad del Estado con relación al principio de equidad implica la adopción de medidas positivas (medidas de acción) que aseguren que las políticas generales de salud lleguen efectivamente a los sectores marginados social, económica o culturalmente.

Habitualmente se habla de derecho a la salud y al Estado se le asigna el papel de garante de la misma. Sin embargo, lo que parece ser en nuestro país una expectativa social casi indiscutible desde la declamación de principios, no resulta tan explícito desde el Derecho. Así, la Constitución Nacional de 1853 no mencionaba la salud de manera explícita. Sólo cabía la posibilidad de interpretar que el derecho a la salud era reconocido implícitamente.

En 1949 se reformó la Constitución Nacional, modificación que rigió hasta 1955, cuando fue derrocado el régimen peronista. Esta reforma modificó importantes conceptos, agregando otros a la Carta Magna original, como la declaración de los derechos del trabajador, de la familia, de la ancianidad, de la educación y la cultura, y en un sentido totalmente vinculado a ellos, referencias a la función social de la propiedad, la intervención del estado en la economía, la propiedad estatal sobre las fuentes de energía y los servicios públicos, etc.

> ***La igualdad, la accesibilidad, la gratuidad y la equidad constituyen, los principios rectores que desarrollan la especificidad del derecho a la salud.***

En la base de sus significados económicos y políticos, se encuentra el valor de la salud como elemento central del desarrollo social. En efecto, las condiciones de salud y enfermedad, el goce de prestaciones sociales y el acceso a los servicios constituyen situaciones íntimamente ligadas a la vida cotidiana y a la dinámica familiar. La salud es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad, así como un elemento indispensable para la reproducción de la vida social. Además, la prestación de servicios de salud constituye uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y es, junto con la educación, un elemento primordial para promover una auténtica igualdad de oportunidades. Como puede verse, existe una relación recíproca entre los niveles de salud y el grado de desarrollo económico de una sociedad. La salud de-

pende críticamente de la cantidad y distribución de la riqueza a través del acceso a los satisfactores básicos que definen la calidad de la vida. Al propio tiempo, el desarrollo económico no es una entelequia, sino el producto del esfuerzo colectivo de individuos cuyo estado de salud determina la magnitud y eficiencia de dicho esfuerzo. Estos conceptos que tal vez resulten repetitivos, por haber sido desarrollados extensamente en el primer capitulo, son fundamentales para la comprension de los desarrollos ulteriores, por lo que su inclusion en el presente parrafo responde a la necesidad de los editores de reforzarlos y aclararlos en otro contexto.

Reconocimiento del derecho a la salud en los paises latinoamericanos

Extracto del Informe de la OPS/OIT: " Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe". México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999

En su gran mayoría los países latinos reconocen el derecho a la salud como un derecho humano social básico, que hace a la integridad y dignidad de la personas a través de su derecho constitucional o a través de normas de jerarquía inferior, todos los Estados de la región reconocen a la protección de la salud, o en algunos casos a la atención o acceso a los servicios de salud, como un derecho para toda la población.

En general los países reconocen la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Declaración de Alma Ata de 1978. Tal Declaración consagra los principios de la atención primaria, la responsabilidad individual por la misma y la participación comunitaria.

Universalidad

En todos los casos de los países latinos, el contexto jurídico normativo de cada país reconoce que el derecho a la salud es de carácter universal, ya sea expresamente como es el caso de Brasil, Cuba, Ecuador, Venezuela y Guyana, o implícitamente. En el Caribe no latino, el reconocimiento de la salud como un derecho universal surge implícitamente de la suscripción del Pacto de Derechos Económicos y Culturales efectuada por la gran mayoría de los estados analizados.

Casi todos los estados analizados (a excepción de Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Antigua y Barbuda, Bahamas, y Cuba) ratificaron el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que integra la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y que define a la salud como un derecho humano social y universal.

Por tal motivo, aún en el caso de que tal derecho no estuviera explícito en el derecho constitucional de cada país o su legislación inferior, con la respectiva suscripción y ratificación de este Pacto, así como de los otros tratados internacionales que reconocen expresamente su contenido universal, el mismo adquiere ese carácter en el derecho interno de cada Estado. Incluso algunos países como Argentina, asignan a estos Tratados jerarquía constitucional. Algunos países, como Uruguay, Venezuela, Nicaragua y República Dominicana, garantizan en sus Constituciones la atención gratuita de los servicios de salud a los indigentes.Algunos textos constitucionales como ser los de Colombia y Nicaragua tienen previsiones específicas respecto al derecho a la salud de los niños, los jóvenes, la familia, los adultos mayores, los trabajadores y los discapacitados.

Papel del Estado

La mayoría de los países establecen responsabilidades para los gobiernos centrales y locales en materia de asegurar el acceso a la salud. En un número importante de países se define el papel del estado central, el de los gobiernos locales e incluso el de las instancias intermedias en la legislación superior .La tendencia es a definir al estado central como planificador, normatizador y regulador del sistema de salud.

Encontramos normas en este sentido en las Constituciones o legislación de Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Perú, Paraguay y Venezuela. Algunas constituciones definen también las características de los prestadores de los servicios –incluyendo a los privados– como es el caso de Chile y Colombia. Cada asignación de responsabilidades tiende a ampliar las garantías para el ejercicio de los derechos reconocidos.

Por lo general la legislación inferior se preocupa por asignar las competencias para la consecución y garantía de estos derechos a los ciudadanos. En la mayoría de los casos recae en el Ministerio de Salud el papel de rector y regulador

del sistema, y se establece incluso, en algunas normas, la obligación que tienen los servicios públicos de atender a la población indigente.

Los países no latinos gozan de una protección judicial que depende en gran medida de los precedentes de las decisiones judiciales para interpretar sus constituciones, y no tienen referencias explícitas a derechos humanos, aún cuando son judicialmente exigibles. En su sistema de derecho consuetudinario las decisiones judiciales sirven de base a las decisiones posteriores de otros jueces. Las garantías constitucionales para el ejercicio del derecho a la salud habilitan en la mayoría de los casos la posibilidad de la vía del amparo judicial.

La vía judicial y nuevas figuras jurídicas introducidas en las reformas modernas del Estado, como la Defensora del Pueblo contribuyen al reconocimiento operativo de estos derechos. Así, se crean tribunales especiales como el Juzgado Especial de Sanidad en El Salvador, cuyas resoluciones son apelables ante el Ministerio. En varios países, como ser en Argentina, la figura del Defensor del Pueblo se está estableciendo como una instancia más de defensa y reconocimiento de estos derechos.

Las constituciones socialistas de Cuba y de Guyana comprometen en la protección de las garantías a la salud a las autoridades socio políticas, y por ende, su aplicación no depende sólo del sistema judicial, sino también de sus estructuras políticas.

Participacion de la Sociedad civil

Se propicia en el caso de las Constituciones de Bolivia y Brasil la participación popular en la definición de sus prioridades de salud y el control de los servicios de salud pública. Argentina, tiende a reconocer esta posibilidad, en las relaciones privadas, a las entidades intermedias de defensa del consumidor.

Las legislaciones tienden a reconocer que la comunidad es sujeto y objeto del progreso y consideran a la salud como un producto social, definiendo parámetros, que garanticen el acceso a los servicios de salud, tales serían el caso de la Ley 100 de Colombia, el Código de Salud de Bolivia, las Leyes Generales de Salud de Costa Rica, y México, la ley que crea el Sistema Nacional de Salud de Chile y la que establece el Sistema Único de Salud en Brasil.

Este último caso es quizás el mejor ejemplo de América Latina de cómo la salud puede contribuir a la democratización del Estado y la sociedad. La inclusión y reconocimiento del derecho a la salud como un derecho de incidencia colectiva es incipiente y está limitado a muy pocos estados.

Algunos países (Argentina, Brasil, Colombia y Paraguay) incluyen en su derecho constitucional los derechos difusos, que involucran el derecho a la salud. Resulta particular la Constitución de Guyana que guiada por principios socialistas y de cooperación favorece mecanismos de participación social. En este sentido, esta constitución reconoce la importancia de las cooperativas y considera a las ONG's parte del sistema de salud.

El caso Argentina:

Las reformas, aún cuando fueron acabadamente implementadas en algunos países, no siempre resolvieron los problemas existentes y generaron otros que aún hoy carecen de soluciones adecuadas. Uno de los sesgos más notorios fue la preeminencia de una visión económica, ocupada en resolver los excesos en el gasto y en aumentar la eficacia del sector salud, lo cual originó un notable descuido de la salud pública como una responsabilidad social e institucional, justamente cuando más atención requiere, en un contexto de extrema crisis y vulnerabilidad social, como es el caso de la Argentina hoy.

«... uno de los sesgos más notorios de las reformas implementadas en los '90 fue la preeminencia de una visión económica, ocupada en resolver los excesos en el gasto y en aumentar la eficacia del sector salud, lo cual originó un notable descuido de la salud pública como una responsabilidad social e institucional ...»

En ocasión de la reforma constitucional Argentina de 1994, presentándose una posibilidad histórica de incorporarlo explícitamente como derecho, sólo se reconoció expresamente el derecho a la protección de la salud de los *consumi-*

«... en ocasión de la reforma constitucional Argentina de 1994, presentándose una posibilidad histórica de incorporar explícitamente el Derecho a la Salud , sólo se reconoció expresamente el derecho a la protección de la salud de los **consumidores y usuarios de bienes y servicios** *dentro de la relación de consumo...» «... el constituyente reformador desperdició una formidable oportunidad para la incorporación del derecho a la salud en la normativa dogmática de la Constitución Nacional ...»*

dores y usuarios de bienes y servicios dentro de la relación de consumo (art. 42º) y también vinculado a las disposiciones sobre el ambiente sano (art. 41º).

No obstante, dado que algunas cláusulas de los pactos internacionales reconocen el derecho a la salud y que, según el artículo 75 inciso 22º de nuestra Constitución, dichos pactos gozan de jerarquía constitucional se concluye que el Estado es el garante del acceso al cumplimiento de este derecho humano básico.

Tras la desaparición del Estado de Bienestar, y luego de más de una década de sucesivos procesos de modernización y/o reforma cuyo objetivo central fue la idea de un Estado más pequeño, se torna evidente la necesidad de redefinir sus funciones. Ello es mucho más evidente y grave en las áreas sociales donde el retroceso de la presencia del Estado en la prestación y garantización de los servicios es indudable.

DEFINICIONES SOBRE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES RESPECTO A LA SALUD

Definiciones sobre el Derecho a la Salud

Derecho a la Salud, definido en el Congreso de Constitución de la OMS celebrado el 7 de abril de 1948:

Ð La aspiración de todos los pueblos es el goce máximo de salud para todos los ciudadanos.

Ð La salud es el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales.

Ð Todo hombre tiene derecho a conservar su salud y, en caso de que enferme, a poseer los medios para curarse. Esta protección debe abarcar no sólo a él, sino también a sus familiares.

Referencia a la salud en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, redactada por la Asamblea General de la O.N.U. el 10 de diciembre de 1948 (Art.25)

Ð **1**.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Ð **2**.- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Cuando leemos la prensa diaria o las revistas y publicaciones periódicas, o vemos programas informativos y documentales en la televisión, nos encontramos con constantes referencias al tema de la salud en sus más variados aspectos. El origen y tratamiento de las enfermedades, la contaminación del ambiente por la actividad industrial, el control higiénico de los mercados, el precio de los medicamentos y la problemática de la asistencia médica son temas que frecuentemente se analizan en los medios de comunicación social, planteándose ante la opinión pública a veces con un criterio polémico. Estas continuas referencias pueden interpretarse como un reflejo de la preocupación que a todos los niveles existe en nuestro tiempo por la salud, tanto individual como colectiva.

En una época en que florece el terrorismo, en la que a menudo se ignoran los derechos humanos, en la que estallan guerras locales y "limpiezas étnicas", y en la que el modo de vida que hemos adoptado nos ofrece variadas posibilidades de amenaza para la vida humana, parece como si la defensa y la promoción de la salud de las personas se hubiera convertido en un objetivo cuyo logro tuviera la virtud de neutralizar tantos aspectos negativos que el propio ser humano desarrolla en su actividad vital. Nunca como en nuestro tiempo ha reflejado el sentir de la comunidad tanta preocupación por los temas sanitarios. Realmente, este sentimiento es explicable porque se tiene conciencia de que los avances de la higiene, el perfeccionamiento de la técnica y el mejor aprovechamiento de las posibilidades que ofrece la elevación del nivel de vida de las colectividades permiten alcanzar un estado sanitario como nunca había disfrutado la Humanidad en tiempos pasados. Es lógico, por tanto, que se exija a los organismos rectores de la sociedad la instrumentación de unas normas eficaces para el mantenimiento de la salud de las personas.

En este sentido, el reconocimiento del derecho a la salud está unánimemente admitido en nuestros días por todas las sociedades, pero a esta situación no se ha llegado sin tener que salvar numerosos obstáculos en los dos últimos siglos. Ha sido necesario este período de tiempo, con el desarrollo de importantes acontecimientos históricos, para que el reconocimiento de este principio se extendiera por todos los países y fuera aceptado por todos los Estados.

Se suele considerar que la primera declaración formal que tuvo verdadera trascendencia en la opinión pública fue la Declaración de Los Derechos del Hombre y del Ciudadano, formulada por la Asamblea Constituyente francesa el 26 de agosto de 1789. Aun cuando esta Declaración no se refirió expresamente a la salud, supuso un reconocimiento global de los derechos sociales de las personas, reuniendo en un cuerpo de doctrina los criterios de la filosofía francesa del siglo XVIII –Voltaire, Rousseau, Montesquieu- en aplicación de los derechos naturales definidos por los enciclopedistas. Por lo que se refiere en concreto a la salud, la preocupación de los poderes públicos a lo largo del siglo XIX se centró en dos grandes campos: de una parte, el sanitario, dominado por las graves epidemias de enfermedades transmisibles, y de otra, el nacimiento de una primitiva Seguridad Social La necesidad de una salud colectiva se desarrolló con un planteamiento sanitario, mientras la Seguridad Social atendía preferentemente a la salud individual, que rápidamente se hizo extensiva al núcleo familiar. La conjunción de ambas tendencias llevó, de una manera lógica y casi obligada, a la fructificación de un concepto de salud que comprendía sus aspectos individuales y comunitarios, y que, afortunadamente, ha transcendido de la definición de un principio general a la norma positiva de las Constituciones de los pueblos y del desarrollo legislativo de los Estados.

La salud es un derecho que debe disfrutar toda persona, es una condición básica para la existencia de un pueblo sano, física y mentalmente. No hay que olvidar que los pueblos de hombres saludables son quienes más progresan. En el mismo ordenamiento constitucional se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que las leyes fijarán las bases para el acceso a los servicios de salud y que tanto la federación como los estados ofrecen servicio de salubridad.

Las responsabilidades de la salud

La salud es también una responsabilidad. Gozar de buena salud no sólo constituye un derecho sino que también entraña una obligación para todas las personas. Para gozar de buena salud es indispensable adquirir hábitos de aseo e higiene que deben formar los padres en sus hijos y ser fortalecidos en la escuela. Es necesario informar a toda la población sobre los beneficios que obtendrán al cuidar su salud evitando los contagios y practicar hábitos de aseo con el propósito de prevenir enfermedades. La educación para la salud debe iniciarse desde la niñez para que aprenda a proteger la salud tanto física como mental y prolongarlo durante toda la vida. Dicha educación debe encaminarse a practicar hábitos higiénicos en todas las actividades humanas.

> ***«...gozar de buena salud no sólo constituye un derecho sino que también entraña una obligación para todas las personas ...»***

- Ð La salud es un proceso dinámico, es un fenómeno holístico, por lo tanto no pueden darse definiciones estáticas, permanentes.
- Ð En ese proceso participan el individuo con sus componentes biológico y psicológico, pero a

su vez también participan su entorno ambiental, social y económico.

Ð *El concepto de salud y los conceptos de enfermedad relacionados con él no se refieren a entidades bien definidas, sino que son partes integrantes de unos modelos limitados y aproximativos que reflejan la red de relaciones entre los numerosos aspectos de ese fenómeno complejo y fluido que es la vida.*

Ð *El organismo humano es un sistema dinámico con aspectos psicológicos y fisiológicos interdependientes, haciendo parte de sistemas mayores de dimensiones físicas, sociales y culturales con lo que entabla relaciones recíprocas.*

Ð *Por lo tanto, no se puede hablar de la salud como un derecho absoluto que se concede, que se otorga y del cual son responsables sólo los médicos y los servicios de salud.*

En ese proceso es necesaria la activa participación del individuo y de la comunidad y por lo tanto es una construcción colectiva, en donde existen derechos y deberes.

Se podría hablar del derecho a la atención en salud de manera aislada, pero de qué le sirve a un ciudadano tener derecho a la atención en salud, si a la vez no tiene garantizados derechos fundamentales como los derechos a la vida y al trabajo, vulnerados de manera permanente, si no tiene garantizada la protección a su vida y si logra sobrevivir no tiene la posibilidad de serle útil a la comunidad mediante el desempeño de una actividad que le permita realizarse como ser humano integrante activo de una comunidad.

Por ello, la salud es un proceso complejo, heterogéneo, que exige además de los esfuerzos individuales, la participación de todo el núcleo social.

En este sentido, el Estado no puede desentenderse de esta perentoria obligación constitucional. El Ministerio de Salud debe ser el eje del sistema, respondiendo por la aplicación de las políticas estatales, orientando las actividades, vigilando las tendencias epidemiológicas, coordinando la atención de los eventos catastróficos y articulando acciones con el sector educativo en la formación de los recursos humanos, con las calidades necesarias, en la cantidad y distribución apropiadas.

EL DERECHO A LA SALUD Y LA GLOBALIZACIÓN

Extracto del Articulo ”El derecho a la salud: La necesidad de repensar los derechos sociales” de Antonio Yepes Parra. Rev Cubana Salud Pública 1999;25(2):112-22

Antes de hablar de derechos sociales en las normas es necesario garantizar el derecho a la inserción social en la realidad

«... ya los fenómenos de exclusión social y de desempleo masivo no son riesgos ocasionales, han pasado a la larga duración y a la estabilidad ...»

La categoría unificadora del riesgo perdió su pertinencia, está todavía vigente pero cambió de escala, ya los fenómenos de exclusión social y de desempleo masivo no son riesgos ocasionales, han pasado a la larga duración y a la estabilidad.

Se plantea, entonces, el regreso al tributo directo para asegurar una atención de salud básica y universal, pero asociada a cambios en el modelo de desarrollo que le permitan a los ciudadanos participar activamente en la construcción de la sociedad y asegurar así la atención de ellos y de aquellos que padecen algún tipo de invalidez.

La sustitución de la figura del asegurado social por la del contribuyente se hace necesario a causa de fenómenos demográficos, sociales y económicos que han incidido directamente para plantear la necesidad de esa transición.

El aumento en la expectativa de vida, la disminución de las tasas de natalidad, las diferencias en los costos, es una tercera parte para la población de 20 a 60 años comparada con la de 80 a 90 años de edad, el aumento del desempleo y el auge de la economía informal, han precipitado la necesidad de la transición propuesta a causa de la amplia disociación que han producido entre el contribuyente y los derecho-habientes.

No se trata, entonces, de acabar con los mecanismos aseguradores, pero sí es necesario diferenciar significados, el seguro es una técnica y la solidaridad es un valor; no son antitéticos, pero sí muy diferentes.

La disociación profunda entre lo económico y lo social es también una consecuencia de las grandes contradicciones del capitalismo moderno y de la sociedad individualista y de consumo.

Ante estas dificultades no se puede caer en la tentación de establecer subsidios para la subsistencia o en introducir la victimización social, estrategia que busca, especialmente en Estados Unidos, producir efectos de redistribución sobre la base de una filosofía de la indemnización; el individualismo radical pretende compensar a las víctimas y ampliar los derechos civiles, antes de afirmar los derechos sociales.

No se puede cambiar el derecho al trabajo, a la utilidad social, a asociar su ingreso al reconocimiento de una función social por el simple derecho al ingreso de manera subsidiada.

Es necesario pasar de una sociedad de indemnización a una sociedad de inserción.

Se debe pensar en un nuevo tipo de derecho social que ocupe una posición intermedia entre derecho y contrato social.

Se debe superar la protección y la dependencia para pasar a la participación social. Se debe abrir campo a un nuevo tipo de gravamen que permita efectuar una redistribución a partir de una comprensión ampliada de las diferencias y las desigualdades.

«... se debe pensar en un nuevo tipo de derecho social que ocupe una posición intermedia entre derecho y contrato social. Se debe superar la protección y la dependencia para pasar a la participación social ...»

En la sociedad actual, marcada por el signo del capitalismo a ultranza se encuentra un gran dinamismo, mucha inequidad, marcadas desigualdades, que han reorganizado los modos de diferenciación que ya no son únicamente colectivos sino cada vez más individuales.

Se debe tener cuidado para que este reconocimiento de la individualidad y su autonomía sea compatible con la solidaridad, que la asistencia recibida sea un derecho y no una protección.

La nueva concepción de los derechos sociales exige profundas reflexiones en los medios académicos, amplias consultas con todas las organizaciones populares, decisión política para innovar y diseño de medidas audaces que vayan al fondo del asunto para plantear soluciones a largo plazo que tengan en cuenta una filosofía clara del proceso de la salud y la enfermedad ante los derechos sociales. Antepongamos lo importante a lo urgente.

MODULO 1: Políticas y Sistemas Sanitarios

ANEXO 1



Articulos y Ejercicios de Integracion

Recomendamos leer los articulos que componen este anexo al finalizar la lectura de los 5 capítulos del módulo 1



Asociacion Santafesina de Medicina General y Familiar

ROL DEL ESTADO EN LA REGULACIÓN, FINANCIAMIENTO O ATENCIÓN DENTRO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. DISTINTOS MODELOS DE INTERVENCIÓN ESTATAL.

Sigal, Leonardo
Montenegro, Darío
Médicos Generalistas y de Familia. Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar.

El objetivo del articulo que se presenta a continuación es exponer una sintesis de lo visto en los capítulos que componen el Módulo 1, aplicado a la configuracion de los subsistemas de salud de la Argentina y el rol que desempeña el estado en sus funciones de regulador, financiador y prestador. La ubicacion como anexo 1 hace que pueda ser leido en cualquier momento. Los editores recomendamos leerlo una vez comprendidos los capitulos 1 a 4.

"Mirad, en la vida no hay soluciones, sino fuerzas en marcha.
Es preciso crearlas y las soluciones vienen"
Antoine de Saint-Exupéry. (Le Petit Prince)

En este articulo intentaremos presentar una visión lo más abarcadora posible en base a los distintos roles de los estados en la regulación de la salud. Creemos así que el lector podrá obtener conclusiones propias en base a la viabilidad de cada modelo en el cual el estado interviene (al fin y al cabo el estado de diferentes modos interviene) Es posible también (a nuestro criterio) estimular el debate y generar los nuevos espacios de discusión que requiere la Argentina de la primera década del 2000. Es posible que los médicos puedan considerar este articulo como tedioso, pero confiamos en la comprensión del lector.

Introducción:

Los estados absorben recursos a través del sistema impositivo. Los esquemas impositivos que caracterizan a los estados latinoamericanos son de neto corte regresivo, es decir habitualmente se grava el consumo y en menor grado la riqueza.

Los estados extienden control y autoridad política sobre territorios particulares y las personas que residen en ellos.

"La Intervención del estado en cuestiones sociales debe responder al principio de ciudadania, en el cual cada persona por el hecho de habitar un país tiene garantizado por el estado la totalidad de los derechos sociales (salud, educación, trabajo, vivienda, alimento) entendida la salud en el concepto amplio desarrollado al propio."

"Políticas" son líneas de acción, proseguidas a través de los estados. Si es necesario, todos los estados tienen políticas económicas y militares para defender sus territorios. Y sus ingresos dependen de la suerte de la producción y el intercambio. Si las políticas sociales son definidas en los términos más amplios posibles como "actividades del estado que afectan la condición social y las posibilidades de grupos, familias e individuos", entonces los estados también tienen siempre políticas sociales. Las medidas militares y económicas a su vez afectan el status y las oportunidades de vida de los individuos y las reglas de propiedad hechas obligatorias por el estado y las decisiones judiciales ayudan a definir las familias y los derechos de sus miembros.

Las políticas sociales surgen como una necesidad para poder mantener un equilibrio social que permita un avance en lo económico y en todas las esferas de la cultura y la política.

Por políticas sociales normalmente se entiende un conjunto de disposiciones legales y de acciones de parte de los poderes públicos, como de los distintos grupos sociales que tienden a proteger la existencia y la calidad de la vida humana de la totalidad de los integrantes de la respectiva sociedad.

Es una obviedad considerar que en ninguna parte del mundo las políticas sociales emergieron con carácter comprensivo de todas las situaciones en que se requiere de protección de la vida humana y fundamentalmente de la protección social en los momentos y situaciones cruciales de la existencia, como son: el nacimiento, la infancia, el embarazo y la reproducción, la alimentación, la salud, el empleo, la vivienda y la condición de vejez.

Pero lo que define a las políticas sociales es el objetivo de la universalidad. La noción fundamental es que los seres humanos, por el hecho de ser tales, tienen derechos similares en lo que se refiere a la existencia y la calidad de la misma, con independencia de sus restantes atributos, como son: el sexo, el color de piel, la lengua, la cultura a la que se pertenece, y el poder económico y social.

Sin embargo, pensamos las políticas sociales como alcanzando preeminencia en los modernos estados nacionales de los siglos XIX y XX. La educación de masas regulada por el estado creció desde comienzos del siglo XIX, y también los esfuerzos por regular las condiciones de trabajo industrial y las influencias ambientales sobre la salud de las personas. Entre los 1880 y los 1920 los programas de pensiones y seguro social fueron lanzados en Europa, las Américas y Australasia para proteger a los trabajadores en economías de mercado contra las pérdidas de ingreso debidas a discapacidad, vejez, enfermedad, desempleo, o la pérdida del individuo responsable del sostén de una familia. (Flora y Alber, 1981; Malloy, 1979; Rimlinger, 1971). A partir de su instalación, tales programas se difundieron a muchos países adicionales y se expandieron en beneficios y cobertura poblacional. En el período posterior a la II Guerra la mayoría de las democracias capitalistas industrializadas se convirtieron en autoproclamados “estados de bienestar” (Flora y Heidenheimer, 1981). Hacia mediados de los 70 el gasto público para propósitos de bienestar social había alcanzado a un promedio del 20% de PBI en 13 naciones europeas, e incluso en los EEUU tales gastos había aumentado desde el 10.3% al 15.7% de PBI entre los primeros 60 y la mitad de los 70s. (Catles 1982b:51)

EL CASO DE LATINOAMERICA

Los estados como marco organizativo de las naciones muestran en el mundo diferentes modos de regulación de los servicios de salud.

En algunos países de América Latina una primordial característica hasta la crisis de los 80 era de ser considerados estados regidos por el modo “Keynnesiano”, es decir el denominado “Estado benefactor o de bienestar”

En Argentina y en ese sentido y al igual que en otros países, en el campo macro y micro económico el estado mostraba fuerte participación y poder de decisión en el desarrollo de los procesos productivos, como además en el planeamiento de las políticas sociales, económicas y de salud. El mencionado estado se constituía además un importante gestor de medios de producción, estimulando a los sectores por él considerados dinámicos de la economía, alentando la industria liviana y pesada, la agricultura y la ganadería y las pequeñas y medianas empresas. De ese modo intentaba estimular la generación de empleo y aumentar el consumo.

La crisis mencionada lleva a un rediseño de las economías regionales de los principales países del cono sur: Chile, Brasil y Argentina, entre otros. El marco de ese rediseño adquiere sustento al modificar las concepciones de los verdaderos poderes que debe ejercer un estado moderno en la eclosión de las economías en crisis. Paralelamente a nivel internacional se produce una considerable oferta de empréstitos desde organismos multilaterales de créditos. Estos ofrecen dinero fresco para sanear las economías en quiebre, los que son tomados en su gran mayoría.

Inherentemente a todo esto los nuevos gobiernos en el auge democrático instalado en América Latina otorgan causalidad de la crisis a que las respectivas economías han invertido demasiado dinero en rubros capaces de generar productividad escasa o nula. En ese sentido se sostiene que los principales gastos efectuados en esos años han sido fundamentalmente en la administración estatal de los fondos de jubilación, la salud y la educación, además de la administración excesivamente burocrática de empresas de servicios públicos y de otras índoles.

Se otorga al estado benefactor la responsabilidad de la ineficacia y del escaso rendimiento económico de numerosas empresas y de la administración de la inversión social, la cuál desde ese criterio resulta excesiva y erróneamente distribuida. La corrupción es también signada como causa y comienza un proceso de ingreso de los sectores privados multilaterales en el siguiente orden: (siguiendo la lógica de que esta intervención es capaz de generar honestidad, por considerar corrupto en forma natural al estado):

-Servicios públicos: Luz, gas, teléfonos, correos, trenes, línea marítima y aérea de bandera etc.

-Servicios de la seguridad social: manejo de los fondos de distribución de pensiones y jubilaciones

-Traspaso de administración a terceros de servicios de salud, entre otros.

Bajo esa perspectiva arriban los dineros aportados por los organismos internacionales los cuales contraponen condiciones como elevadas tasas de intereses y la determinación exclusiva de la forma en que ese dinero debe ser invertido.

Comienza el estado a ir perdiendo su capacidad de regulador de vastos sectores de la economía, mediante el traspaso de la responsabilidad a organizaciones que rigen su accionar bajo las leyes exclusivas del mercado financiero, lo que otorga un margen competitivo extremadamente desigual.

También se aprecia un sustancial cambio legislativo como fueron en Argentina la ley de “Modernización del estado” la cuál provoca importantes perdidas de las conquistas sociales de los trabajadores a través de la flexibilización laboral que es sumamente solicitada por los nuevos actores de la economía como condición de generar empleo y achicar el margen de desempleo que ya trepaba a dos dígitos por vez primera en Argentina.

El panorama europeo se muestra ambiguo en cierto sentido. Países netamente conservadores aplican políticas internas de proteccionismo en varios campos de la economía, enfatizando el poder de regulación del estado como puede ser Inglaterra y Alemania, además de los países escandinavos, entre otros. En los mismos el estado es el absoluto regulador de la salud y es quien propone y dispone de las políticas de salud para cada año, administra los recursos de todo tipo, con cierta participación de sectores privados pero con mínimo poder de decisión. En el caso escandinavo, los mismos enseñan esquemas Keynesianos y fortalecedores del estado en todo los ordenes de la economía incluida la automovilística.

Algunas comparaciones teóricas:

	Postura Igualitaria	**Postura Liberal**
Principios Eticos	La salud como un derecho	La Salud como una responsabilidad Individual
Analisis Economico	**La Salud como un Bien y/o Servicio Publico**	**La Salud como un Bien y/o Servicio Privado**
	RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA A LOS PROBLEMAS DE SALUD MODELOS DE GESTION MODELOS DE FINANCIAMIENTO MODELOS DE ATENCION	
Principios de Regulacion Estatal del acceso de la poblacion a los servicios de salud	**PRIORIDAD SOCIALMENTE PERCIBIDA** Subsidio de Sectores específicos para adquirir el derecho a la atención medica **CIUDADANIA** Acceso universal a los servicios de salud	**PODER DE COMPRA** Atención de la salud como un elemento mas de la economía de mercado **POBREZA** Financiamiento estatal de la atencion medica para los sectores mas vulnerables
Algunos Modelos	**SEGURIDAD SOCIAL** (Bismark 1883) **SERVICIO NACIONAL DE SALUD** (Beveridge 1945)	**MEDICINA PRIVADA** Medicina Prepaga Medicina Gerenciada **ASISTENCIA PUBLICA** Caridad (Medicina para pobres)
Desarrollos Estratégicos	•Extensión de la cobertura de los servicios de salud (1970) •Atención Primaria de la Salud (1978) •Planificación estratégica (1982) •Sistemas locales o Distritos de salud (1987)	•Paradigma Flexneriano (1910) •Consenso de Washington (1989) •Informe Invertir en Salud (1993) •Atención gerenciada (1995)

EL CASO ARGENTINO

Principales modelos de atención de la salud en Argentina del sistema de Salud Público

Las Obras Sociales (Subsector Seguridad social):

Hasta el año 1970 diversos gremios habían logrado crear instituciones asistenciales financiadas con los aportes de sus afiliados. Entre ellos figuraban las asociaciones de Empleados bancarios, el personal de seguros, los empleados de diversas empresas pertenecientes al estado general, etc. En ocasiones, como sindicato bancario y del seguro, obtuvieron aportes no originados en cargas sobre las remuneraciones sino en alícuotas que se aplicaban sobre los intereses de los depósitos y sobre las primas de seguros

En es mismo año, por ley (N* 18610) se extendió la cobertura de salud a toda población bajo relación de dependencia, se estableció la forma de financiación y se autorizo a los sindicatos reconocidos a crear en cada caso las llamadas obras sociales con el fin de otorgar a los afiliados en forma obligatoria prestaciones de salud. También se creo el mecanismo de control, deno-

minado Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) que comenzó a operar en noviembre del año 1971. (Actual SSS: superintendencia de Seguros de Salud)

Actualmente las obras sociales están reguladas por al ley N* 23.660 y la ley 23.661 promulgadas en enero del año 1989. La primera de esas leyes las defines como entidades de derecho publico no estatal. Son la base del llamado Sistema Nacional del Seguro de Salud y están organizadas por las asociaciones de trabajadores de cada rama de actividad, siendo generalmente presididas por las mismas autoridades. Deben tener autorización para actuar como tales, lo cual solamente se otorga si se reconoce al sindicato como representativo de la actividad.

Existen varias categorías sindicales, que agrupan a trabajadores bajo convenio; "de personal de dirección"; de empresa", en los casos particulares y pocos extendidos en que las obras sociales sirve al personal de una empresa determinada.

Desde el ingreso como trabajador o empleado a una empresa determinada, es obligatoria la afiliación a la obra social que corresponda por rama de actividad, por lo menos durante un año. con posterioridad es posible optar, no mas de una vez al año, por otra obra social de la misma categoría.

El INOS fue reemplazado por la Administración Nacional de Seguros de Salud (ANSSal). Las obras sociales se financian con contribuciones obligatorias calculadas sobre la remuneración (que están sujetas a ellas hasta la suma de 4.800 $):

-3% se descuenta al empleado

-5% debe ser aportado por el empleador.

El 85% ó 90% de esa recaudación , según se trate a obras sociales "sindicales" o de "personal directivo", se liquida a estas y el resto integra un "fondo solidario de redistribución" administrado por la ANSSal y destinado a compensar a las obras sociales que deban atender ciertas afecciones de alto costo y baja frecuencia. También este fondo permite reconocer a las obras sociales un aporte mínimo por titular de 40$, con independencia de sus haberes y de los familiares a cargo.

Las obras sociales, a cambio, deben brindar cobertura para toda clase de enfermedades, preexistentes o no, congénitas o crónicas, al empleado, a su cónyuge e hijos a su cargo, con un limite de edad de 21 años para los hijos sanos (extensible a 25 en caso de estar cursando estudios terciarios). También puede adherir a otros familiares a cargo, abonando el 1,5% de su salario como aporte adicional.

La atención medica debe ajustarse al Programa Medico Obligatorio (PMO), determinado por una resolución enmarcada en el decreto N* 492/95, que es una cobertura muy amplia, con escasas limitaciones, y que prevé la posibilidad de que en ciertas prestaciones pueda exigirse al afiliado de un "copago". El descuento mínimo en la compra de medicamentos ambulatorio es del 40%.

Hay obras sociales que cuentan con instalaciones propias para prestaciones con internación o ambulatorias, y otras que contratan o parcialmente los servicios, pero asumen la responsabilidad ante sus afiliados.

Programa de Asistencia Medica Integral. (PAMI) para Jubilados y Pensionados

Es la obra social para los jubilados y pensionados. No obstante, las personas en esta situación pueden actuar por permanecer en la obra social que les pertenecía estando en actividad, si la obra social ha manifestado estar dispuesta a recibir a esos beneficios. En este caso, el PAMI reconoce una capita a las obras sociales relacionado con la edad de los mismos, según la escala.

EDAD	APORTE DEL PAMI A LA OBRA SOCIAL
Menor de 40 años	12$ mensuales
De 40 a 59 años	19$ mensuales
De 60 o más	36$ mensuales

El PAMI esta organizado sobre la base de la ley N* 19.032. se financia con el aporte del 3% sobre los sueldos que se descuentan tanto al personal en actividad como al que recibe haberes como pasivo. Los empleadores deben aportar entre el 0,17 y el 0,59%, basados en las regiones del país, de las remuneraciones. Además recibe transferencias de presupuesto nacional y de otros organismos. Las prestaciones de salud son contratadas con organizaciones privadas.

Esta institución da cobertura a 4.000.000 de personas. Es administrado por un directorio en que participan representantes gubernamentales y de las organizaciones sindicales que agrupan a jubilados y pensionados.

Institutos o Cajas Provinciales

Son por lo general entidades autárquicas, con personería jurídica e individualidad financiera, que efectúan diversas prestaciones de seguridad social, y entre ellas la salud. Sus recursos provienen de los aportes obligatorios de personal en actividad, jubilados y pensionados de las administraciones provinciales y municipales, así como de las partidas presupuestarias provinciales. Su administración esta regulada por cartas orgánicas o estatutos de cada ente. Por lo general contratan los servicios a empresas o a otras obras sociales.

Hospitales Publicos de Autogestion (Subsector estatal)

El marco normativo fue establecido por los decretos N* 1269/92 y 578/93 del PEN, que “invitó” a las provincias a la propuesta de diseñar un modelo eficaz para la atención de la población sin cobertura. En caso que por cualquier razón deban atender a pacientes que son afiliados de obras sociales o prepagas, están facultados para exigir una compensación. La Administración Nacional de la Seguridad Social ha distribuido patrones para que, como mínimo, pueda identificarse a los beneficiarios de Obras Sociales Nacionales. Reciben partidas presupuestarias y otros recursos tales como copagos, aportes voluntarios, etc. Actualmente existen 946 hospitales de autogestión en los ámbitos nacional, provincial y municipal.

Entidades Mutualistas (Subsector privado)

Son asociaciones civiles encuadradas en la exigencia del decreto N* 420/96 del PEN y sujetas a normas especificas y supervisión por parte del Instituto Nacional de Acción Cooperativas y Mutual. En algunos casos desarrollan actividades relacionadas con prestaciones medicas y farmacéuticas. Los recursos principales son las cuotas y contribuciones d los afiliados.

Existen grandes y pequeños prestadores de este tipo. Entre los primeros son importantes los que sirven en principio a determinadas colectividades y que en muchos casos han extendido su acción al resto de la comunidad y se han transformado en “prepagas”. Por su naturaleza es difícil cuantificar su impacto en la estructura sanitaria.

Empresas de Medicina Prepaga (Subsector Privado)

Están organizadas como sociedades comerciales y hasta el presente están sujetas al mismo régimen que las mismas, previsto en l a ley N* 19.550, bajo el exclusivo contralor de la Inspección General de Justicia, que no hace distinción sobre al naturaleza de la actividad.

No obstante ello, el 23/12/96 se dicto la ley Nº 24.754, cuyo articulo establece, en una medida que todavía es discutida en el ámbito judicial, que “las empresas o entidades que prestan servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura medico asistencial, las mismas prestaciones obligatorias para las obras sociales”.

El PEN envió al Congreso de la Nación en julio del 97 un proyecto de regulación de la “medicina prepaga” (sociedades anónimas y asociaciones civiles) que hasta la fecha no fue tratado por los cuerpos legislativos pertinentes. El principal objeto del proyecto de ley es fijar reservas y márgenes de solvencia que aseguren la continuidad de los servicios, ya que la protección del consumidor esta contemplada en leyes de aplicación general.

También sometería a las empresas de medicina prepagas a la jurisdicción de la Superintendencia de Servicio de Salud, que ya controla a las obras sociales.

La obligación de cubrir como mínimo el llamado Programa Medico Obligatorio ha acotado en cierta forma el carácter contractual de la relación entre las empresas y los adherentes, aunque aquellas se reservan el derecho de aceptación de la solicitud de afiliación, el no reconocimiento de preexistencias, el establecimiento de edades mínimas de admisión y, entre otras, la fijación de pagos mensuales por importes mas elevados al cumplir el afiliado cierta edad, aunque ello debe comunicarse a la fecha de ingreso.

Los planes en general ofrecen beneficios adicionales al PMO. En muchos casos son planes cerrados con acceso a determinados prestadores que en algunos casos están vinculados a la estrategia Gerencial.

En otras ocasiones son planes abiertos. Algunas empresas aplican parcialmente criterios adoptados del modelo “Health Maintenance Organizations” (HMO), ampliamente difundido en los Estados Unidos. Las empresas en que se desempeñan este modelo tienden, a través del gerenciamiento, lograr un uso racional de los recursos y, a la vez, prestaciones de alta calidad medica, objeto de un continuo perfeccionamiento con elevado coste operativo y prestacional.

Aseguradoras de Riesgo de Trabajo

En la Argentina, desde 1915 existía una ley de Accidentes del Trabajo que fijaba un baremo o tabla de porcentaje de disminución de la capacidad laboral que, aplicados sobre las remuneraciones de los obreros accidentados, permitía calcular la indemnización por muerte o incapacidad sobreviviente. Adicionalmente establecía como máximo de indemnización por muerte o incapacidad total. Como esa ley, a través de múltiples modificaciones y agregados, permitía la opción de recurrir a la justicia para determinar el valor de la indemnización, se originaban costosos y dilatados tramites judiciales. Si bien existía un seguro de accidentes laborales llego un momento, a fines de la década del 80, en que los costos siniestrables se volvieron impredecibles.

Para acotar ese costo laboral se dicto la ley Nº 24.557 que establece como única responsabilidad para el empleador, aparte de cumplimentar las disposiciones de seguridad e higiene del trabajo, la de afiliarse a una Aseguradora de Riesgos del Trabajo, que en adelante se hace cargo de la atención medica de los accidentes producidos con y en ocasión del trabajo, “in itinere” y también de las enfermedades profesionales, y abonan, cuando corresponde, las indemnizaciones o rentas periódicas y contratan las rentas vitalicias.

Para la atención medica, por lo general, las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo contratan los servicios, aunque existen tres de ellas que cuentan con centros de interacción y rehabilitación propios. Los demás efectores pueden reclamar a dichas Administradoras por los gastos incurridos y que son imputables, si por cualquier circunstancia se vieran en la obligación de efectuar prestaciones que la ley impone a aquellas.

Companias de Seguros Indemnizatorios de Salud

Algunas compañías de seguros de personas incluyen entre sus coberturas los seguros indemnizatorios de salud con diversas variantes y alcances, como los seguros de intervenciones quirúrgicas, la cobertura de intervenciones medicas de alta complejidad, las rentas diarias por internación, etc. En todos los casos la compañía solamente asume la responsabilidad de abonar al asegurado la suma pactada en caso de ocurrir el siniestro. Estos seguros no han tenido mucha difusión hasta la fecha y la prima anual no excede del 1% de toda la producción de seguros de la Argentina.

Modelos de Financiamiento

Una primera derivación de este análisis es que no existen fórmulas universales aplicables a cualquier país. La segunda aseveración, en consonancia con los informes ad hoc de la Organización Panamericana de la Salud (3), es la necesidad de adecuar las reformas del sistema sanitario a las costumbres, ideologías y valores de cada país.

Finalmente, se evidencia la necesidad en cualquiera de los mencionados sistemas de atención referidos, en resolver lo que se ha dado en llamar el “trilema de salud”, esto es, equilibrar en la balanza de un sistema, la cobertura universal (equidad), alta calidad (acceso tecnológico) y reducción de costos (eficiencia). En Argentina, la particular situación de heterogeneidad y fragmentación de su sistema de salud, es una fuente indudable de inequidad en la asignación de los recursos, haciendo más perentoria la necesidad de transformación de la atención médica para que se pueda dar respuesta satisfactoria a las demandas de su población.

La experiencia en distintos países de los llamados “liberales”, demuestra como impracticable la postura de un Estado en mera posición de espectador y fiscalizador de la provisión de los servicios. El Estado debe participar ofreciendo alternativas donde el mercado no es lo suficientemente desarrollado para darlas y asegurando la igualdad de oportunidades a través de la redistribución de los recursos.

Modelos de Financiamiento y prestacion segun progresividad del pago.

	Origen de los Fondos		Uso de los Fondos	
Modelos	¿Quién paga?	Progresividad del Pago	Destino del gasto	Prestación de los Servicios
Liberalismo extremo	Cada uno lo suyo	No	Libre	Mercado
Liberalismo Moderado	Impuestos Generales	Muy moderada	Libre	Mercado
Subsidiaridad	Cuentas	Si	Finalidades Sociales con libre elección Subsidio a la demanda	Mercado Regulado Estado “testigo”
Estado Benefactor	Impuestos	Si	Finalidades Sociales sin libre elección (Subsidio a la oferta)	Estado Prestador

En el discurrir histórico del sistema argentino de salud, la constante histórica fue la de un Estado básicamente financiador la oferta, a través de los hospitales públicos, centros de atención primaria, etc. El Estado indirectamente y en menor medida financió y aún financia la demanda de atención médica a partir de las Obras Sociales provinciales y a nivel nacional subsidiando la Obra social de jubilados y pensionados (INSSJP-PAMI) y algunas Obras Sociales sindicales. En el caso de las provincias el mecanismo financiador de la demanda por medio de subsidios a las Obras Sociales de menor envergadura, el mecanismo empleado habitualmente fue el de “caja compensadora” a través de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) hasta el año 1994 y luego a partir de la Superintendencia del Seguro de Salud (SSS) hasta la fecha. No se trata de contrariar la obligación del Estado como garante de derechos básicos como la educación, salud o seguridad a través de los subsidios pertinentes, sino replantear las formas y los medios más adecuados a fin de lograr la máxima equidad y eficiencia.

Fortalezas y debilidades de los modelos basados en la financiacion de la Oferta y en la financiacion de la demanda

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Financiador de la oferta	No requiere cambios tributarios. Genera menos resistencia social.	El estado no sabe cuanto ni de que forma gasta su presupuesto. Es poco eficiente y hasta inicuo para quienes pagan sus impuestos.
Financiador de la oferta	Es más eficiente. Permite mejorar la macro y la microasignación de los recursos.	Requiere adecuaciones tributarias y políticas. Puede producir exclusiones indeseadas.

La desregulación del estado nacional a principios de los noventa, con transferencia de los hospitales y otros servicios de salud a órbitas provinciales y municipales, trajo aparejado una atenuación al rol tradicional del Estado como financiador de la oferta, iniciando un lento proceso hacia la financiación de la demanda. Esto se viene concretando, por ejemplo, en la autogestión hospitalaria y en los distintos proyectos legislativos y del poder ejecutivo para dotar a la población sin cobertura médica de un seguro de salud. Esta reconversión del estado no es sencilla ni debe esperarse se realice en pocos meses, pues requiere una reingeniería del sistema tributario, correcta identificación de los beneficiarios y armonización de políticas entre el estado nacional, provincias y municipios.

Consecuencias económicas y políticas del modelo neoliberal

Teniendo en cuenta las reflexiones vertidas hasta el momento, y haciendo una breve síntesis, es posible concluir que la crisis de los elementos constitutivos de lo que se llamó el Estado Benefactor o Populista (el cual permitió entre muchas otras cosas la conquista y consolidación de "derechos sociales") junto con la implementación del modelo neoliberal en pos del crecimiento económico y social, produjo para América Latina, y también para Argentina, un proceso de empobrecimiento progresivo de la sociedad salarial en general y de la clase desposeída en particular.

La teoría del "derrame", que sostenía que el crecimiento económico sería de tal magnitud que "derramaría" bienestar aún en las clases desposeídas, ha dado cuenta de cuestiones importantes a considerar : o bien los ejecutores y operadores de las recetas neoliberales son absolutamente ineficaces e ineficientes en la aplicación de las mismas, o bien el rol del Estado, que siempre es ideológico, era encubierto por un discurso falaz organizado desde el lugar del poder y aceptado sin resistencia por la voluntad política local.

Esta situación en lo que respecta a los derechos sociales y de los preceptos constitucionales reclama para su restauración y posicionamiento una serie de medidas estructurales y complementarias que tengan como finalidad prioritaria y esencial combatir la pobreza y la indigencia, y fundamentalmente promover la reinserción ciudadana: un procedimiento en el cual la sociedad civil en su conjunto sea parte de un proceso progresivo de desarrollo humano para todos, equitativo y sustentable, digno de un país democrático.

La precarización y el empobrecimiento instalaron en la sociedad una suerte de miedo, de falta de solidaridad (sólo en casos excepcionales de aumento de ésta). Llegan a percibirse la desazón y la apatía social como resultado de la ausencia de estímulos, de oportunidades, de imposibilidad de progresar sobre la base del trabajo y a la educación como eje movilizador histórico, proceso que fue constitutivo y constituyente de la sociedad Argentina.

Al respecto de J.P. Fitoussi (1998) reflexiona: "La precarización de las clases medias es un fenómeno mucho más destructor de lo que se cree, no porque merezcan tener más privilegios que las capas más bajas de la jerarquía social, que sufren más, sino porque esa precarización es emblemática de un movimiento de movilidad social descendente.

En tal sentido, tal vez una estrategia adecuada podría sustentarse en que el Estado debería restaurar en toda su amplitud la promoción, contribución, supervisión, evaluación y sustentación de acciones delineadas de carácter social y fortalecidas respecto a educación, seguridad social (salud y previsión Social) y trabajo como políticas universales o universalistas, es decir, para todos los ciudadanos de la sociedad Argentina, cuyos derechos, vigentes aún, deberían materializarse, con el objetivo de mejorar su calidad de vida e integrarlos socialmente, logrando la inclusión ciudadana, disminuyendo la mortandad infantil, alargando las expectativas de vida, y convirtiendo a cada ciudadano en un sujeto crítico, participativo e independiente.

Perfil del Sistema de Servicios de Salud en Argentina

(2da. ed. 25 de febrero de 2001)*
Programa de Organizacion y Gestion de Sistemas y Servicios de Salud
Division de Desarrollo de Sistemas de Salud
Organizacion Panamericana de la Salud

1. Contexto

1.1. Contexto Político

La República Argentina es un Estado democrático que ha adoptado para su gobierno la forma federal en cuya virtud las Provincias conservan todo el poder no delegado expresamente al Gobierno Central. La Constitución Nacional es la Ley Suprema y toda la legislación, tanto nacional como provincial, debe sujetarse a sus disposiciones. El país está constituido por 23 provincias y la Capital Federal, que también tiene gobierno autónomo, y unos 1600 Municipios.

Tradicionalmente los principales problemas que afectan la situación de salud o el desempeño de los servicios de salud han sido la deficiente articulación de los subsectores, la desigualdad en los niveles de calidad de la atención de salud y el acceso limitado de algunos grupos poblacionales a los servicios. Durante el último año la agudización de la crisis económica y sus efectos sociales y políticos llevó al gobierno a declarar por ley la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria.

1.2. Contexto Económico

En los últimos tres años (1998-2001) el país ha sufrido un proceso de recesión económica que impactó principalmente a los sectores productivos y se expresó, entre otros indicadores, en la reducción del consumo y en el aumento de los niveles de desocupación. Sucesivas medidas de ajuste, tales como reducción de sueldos públicos, el aumento de los impuestos, las rebajas de sueldos y jubilaciones, la propuesta de déficit presupuestario cero, y la renegociación de la coparticipación federal, han sido tomadas. La deuda externa se ha multiplicado y se ha producido el llamado “mega canje” que redefinió montos y fechas de vencimiento. Se ha planteado frente a los organismos de crédito y los tenedores de títulos de la deuda pública la reestructuración de la deuda para limitar los aportes que el pago de esas obligaciones.

Debe destacarse que pese a la venta y privatización de empresas y bienes del estado, el gasto público se incrementó. Las provincias por su parte arrastran sus propios problemas estructurales y la mayoría dependa de la ayuda federal para el pago de sus obligaciones, incluyendo sueldos estatales. Esta situación es fuente de problemas crónicos, con protestas y huelgas de los empleados públicos, incluidos salud y educación, y con enfrentamientos entre las provincias y la nación por los fondos disponibles. A ello se añade la dificultad para hacer efectiva la recaudación de impuestos y la persistencia del contrabando. Los desajustes en el Mercosur y ciertos rebrotes proteccionistas son motivode rispideces e impacto en industrias tales como la de alimentación. (TABLA1)

** La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de 30 profesionales independientes vinculados a la Academia Nacional de Medicina y a las Universidades Maimónides y Torcuato Di Tella. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en la Argentina. El documento fue revisado por el Gabinete del Ministro de Salud y Asistencia Social de la Argentina. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.*

TABLA1: Indicadores Económicos Seleccionados

Indicador	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PBI per cápita en Pesos de 1993 (1peso=1dólar)	6.9	7.2	7.7	7.9	7.6	7.4	6.5
Población Económicamente Activa aglomerados urbanos (en miles)	12.3	12.5	13.0	13.2	13.7	14.0	14.2
Gasto Público total como porcentaje de PBI	32.5	30.5	30.3	30.9	34.1	33.7	35.32
Gasto Público social, como porcentaje de PBI	21,1	20,0	19,7	19,9	21,5	21,2	21,8
Gasto Total en salud, como porcentaje del PBI	9,1	8,7	8,4	8,5	8,9	8,8	8,4

Fuente: Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía; Programa de Investigación Aplicada - PIA - Isalud

TABLA 2: Contribución de los Sectores Económicos al PBI, 2000

Agricultura, ganadería y pesca	5.37
Industria manufacturera	16.45
Suministro de electricidad, gas, agua	2.43
Construcción	5.78
Comercio	13.40
Hoteles y restaurantes	2.57
Transporte y comunicaciones	8.13
Intermediación financiera	6.16
Actividades inmobiliarias y empresariales	14.66
Administración pública, defensa, etc.	5.05
Educación, salud, servicios sociales	7.71
Otras actividades de servicios	5.56

Fuente: INDEC. Anuario Estadístico de la República Argentina, 2000.

1.3. Contexto demográfico y epidemiológico

En el Censo Nacional 2001 la población total del país fue de 36.027.041 habitantes. La variación intercensal entre 1991 y 2001 fue de 10,5 %, con valores extremos de -8 % para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de +44% para Tierra del Fuego. En 1999 se estimó que un 87,2% de población vivía en áreas urbanas, siendo la población mayor de 65 años casi el 10%, y la menor de 15 años un 28%. Es conocido el bajo nivel de crecimiento demográfico del país con variaciones debidas a características socioeconómicas por lo que las cifras promedio ocultan diferencias entre las zonas urbanas de mayor desarrollo y las áreas deprimidas o los grupos de menores ingresos.

La esperanza de vida al nacer para el total de la población para el período 1995/2000 fue de 73.1 años2 (69.7 para hombres y 76.8 para mujeres) Para el período 2000/2005 se estima en 77.7 años para las mujeres y en 70.64 para los hombres. La tasa anual de crecimiento de la población estimada para ese quinquenio es del 11.9% y la tasa global de fecundidad para 2001 es de 2.5

TABLA 3: Esperanza de vida al nacer

AÑOS	1990/ 92	1995/2000	2000/ 2005
Población total	71.93	73.1	74.2
Mujeres	75.59	76.8	77.74
Varones	68.44	69.7	70.64

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud.

TABLA 4: Indicadores Demográficos y Epidemiológicos Seleccionados

Años	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tasa bruta de natalidad	19.8	19.7	18.9	19.2	19.4	18.9	18.8	19.0
Tasa global de fecundidad	ND	ND	2.7	ND	2.6	ND	2.5	2.44
Tasa bruta de mortalidad	7.9	7.5	7’7	7.6	7.6	7.8	7.9	7.5
Tasa de mortalidad materna	4.6	3.9	4.4	4.7	3.8	3.8	4.1	3.5
Tasa de mortalidad infantil	22.9	22.0	22.2	20.7	18.8	19.1	17.6	16.6

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud.

El subregistro en la mortalidad infantil se estima del orden del 3%, con variaciones por jurisdicción.

TABLA 5: Principales causas de muerte y enfermedades mal definidas, 1999-2000

	1999		2000	
Causas	Número	%	Número	%
Todas las causas	289543	100	277148	100
Mal definidas	18975	6.6	18471	6.7
Cardiorespiratorias	98930	34.2	91506	33.0
Tumores Malignos	55254	19.0	55492	20.0
Causas Externas	19682	6.8	19369	7.0
Enfer. Infec. Transimisibles	12671	4.4	13009	4.7
Resto	84031	29.0	79301	28.6

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud.

En 1999, las enfermedades del aparato circulatorio (con una tasa de 270,3 por 100.000 habitantes) causaron el 34,2% del total de las muertes. Las enfermedades tumorales ocuparon el segundo lugar con una tasa global de 151,3 por 100.000 habitantes y mayores valores en la zona sur del país (tasas ajustadas entre 180 y 160 por 100.000 habitantes) Las enfermedades transmisibles fueron la tercera causa (tasa de 67,2 por 100.000 habitantes) representando un 9,3% del total de las muertes y un 9,4% del total de los años de vida potencial perdidos. Debe destacarse el problema de la resistencia bacteriana entre la población tratada y los niveles de deserción en los tratamientos. El SIDA sigue su avance con mejores niveles de notificación y mayor conciencia comunitaria respecto a su prevención y tratamiento, si bien dificultades para el fluido acceso a los medicamentos específicos por la vías oficiales han aparecido periódicamente.

La mayor cantidad de añospotenciales de vida perdidos en el año 2000 se debieron a los accidentes violentos.4 Junto al embarazo adolescente y las adicciones los accidentes y violencias aparecen como las patologías de mayor incidencia en la población joven. Las adicciones están en expansión y sigue descendiendo la edad de inicio. El alcoholismo sigue siendo la patología de mayor impacto.

Ha aumentado el número registrado de adictos a cocaína y heroína. La mortalidad infantil mantiene desde hace varios años una sostenida tendencia al descenso. De una tasa de 26,9 por mil en 1986 llegó a 17,6 por mil en 1999. La mortalidad infantil promedio en el período 1990-1999 tuvo un descenso del 31,3% con diferencias significativas entre jurisdicciones.

Por ejemplo, en 1999 la tasa de mortalidad infantil en Tierra del Fuego fue de 7,8 por mil mientras que en Chaco, Formosa y Jujuy fue de 29. Los valores provinciales también ocultan disparidades internas de las provincias. En 1998 la mortalidad de los menores de 5 años por diarrea fue de 248 niños fallecidos y los fallecidos por IRA fueron 1999.

1.4. Contexto Social

En 1991, la población bajo la línea de pobreza medida en el Conurbano Bonaerense ascendió a 21,5% y la población por debajo de la línea de indigencia fue 3,5%. En 1999, esos mismos índices eran de 26,7% y 6,7% respectivamente. Para el 2001 el indicador de pobreza fue de 35,4% y el de indigencia de12,2%.

El desempleo urbano comenzó a aumentar a partir del 1991, pasando de una tasa promedio anual de 7% a una tasa de 17,3% en 1996. La caída del empleo fue notable en el conurbano de Buenos Aires y algo menor, en promedio, en las ciudades del interior. En 1999 había descendido a 14,5%. A fines del 2001 la persistencia de la recesión situó este indicador en 18,3%.

TABLA 6: Indicadores sociales seleccionados, 1991-2001

Año	Población por debajo de la línea de indigencia (GBA)	Población por debajo de la línea de pobreza (GBA)	Desempleo (aglomerados urbanos)
1991	3.0	21.5	6
1993	4.4	16.8	9.3
1995	6.3	24.8	16.6
1997	6.4	26.0	13.7
1998	6.9	26.7	12.4
1999	6.7	25.9	13.8
2000	7.7	28.9	14.7
2001	12.2	35.4	18.3

Fuente: SIEMPRO, con base en EPH INDEC

2. Sistema de Servicios de Salud

2.1. Organización General

Por mandato constitucional las provincias son las unidades técnico administrativas responsables del cuidado y protección de la salud de la población. Los municipios suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para programar y realizar acciones de salud en forma independiente, particularmente los de mayor poder económico y peso demográfico. El Consejo Federal de Salud (COFESA) es el espacio de articulación institucional para la construcción de consensos, el establecimiento de metas y la adopción de políticas y decisiones compartidas entre sectores y jurisdicciones.

El Gobierno Nacional tiene presencia en las provincias a través de las delegaciones del Ministerio de Salud, de la Superintendencia de Servicios de Salud, de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo y de la Superintendencia de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones. La Ley 25.233 modificó la Ley de Ministerios N° 24.190 y estableció la conformación organizativa y objetivos de las Secretarías y Subsecretarías que dependen de la Presidencia de la Nación, de la Jefatura de Gabinete de Ministros y de los Ministerios. El Ministerio de Salud se organizó con dos Secretarias y cinco Subsecretarías para afrontar la carga de trabajo institucional pero la emergencia sanitaria (Decreto n° 486, 2002) ha modificado este esquema.

El MSAS cuenta con diversos organismos descentralizados como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), el Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO) y el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad. También depende del MSAS la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) creada en 1996 por el Decreto Nº 1.615, que tiene a su cargo fiscalizar y supervisar el cumplimiento del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de OS, la supervisión del PMO y el cumplimiento de lasobligaciones de pago de los entes comprendidos en el Sistema respecto a los Hospitales de Administración Descentralizada. Por último dependen del MSAS como remanentes de las políticas de descentralización hospitalaria: el Hospital Nacional "Baldomero Sommer", el Hospital Nacional "Profesor A. Posadas", y la Colonia Nacional "Dr. Manuel Montes de Oca"1 y, de algún modo, la entidad más numerosa del sistema de OS, el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) cuyo presupuesto se ha reincorporado al Presupuesto Nacional a partir del 2002.

El sector de la salud en la Argentina se estructura sobre tres subsectores principales:

a) un subsector público con financiación y provisión públicas, principalmente integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial (responsables de la conducción sectorial en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones) y la red de Hospitales Públicos. El subsector público sufrió a lo largo de las últimas décadas un proceso de descentralización que ha desplazado la dependencia de los Hospitales Públicos nacionales hacia los niveles provincial y municipal. Otros organismos e instituciones tienen responsabilidades sobre la salud, variando su ubicación estructural y su grado de vinculación con los ministerios de salud según las jurisdicciones. Así, la salud ambiental suele estar en el ámbito de responsabilidad ministerial en las provincias, pero sólo representa un sector muy específico en el nivel nacional, donde existe una Secretaría de Estado responsable del tema ambiental. Las Fuerzas Armadas tienen su estructura propia asistencial, cada rama por separado, y producen algunos insumos como, por ejemplo, medicamentos. El área de educación es responsable de la formación de grado y posgrado en salud a través de las Universidades y Hospitales Universitarios. También mantiene servicios de sanidad escolar para acciones de prevención y promoción de salud. Las áreas de agricultura y ganadería son responsables del control de los alimentos y de la salud animal, entre otras la atención de epizootias tales como la fiebre aftosa9;

b) un *subsector de seguro social obligatorio* organizado en torno a entidades que agrupan a los trabajadores según ramas de actividad denominadas Obras Sociales (OS) A su vez, el personal directivo y gerencial también se agrupa en diferentes OS, llamadas de personal de dirección, con iguales características y funciones que las de los trabajadores comunes. Otros organismos públicos, como las Fuerzas Armadas y los poderes legislativo y tienen sus propias OS. Por

otra parte, cada provincia tiene una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS brindan servicios a través de contratos con terceros prestadores, pues su capacidad instalada propia es muy escasa;

c) un *subsector privado* que incluye tanto la oferta de profesionales de la salud independientes como la de establecimientos de salud (hospitales privados, clínicas, etc.) que atienden demandantes individuales pero, sobre todo, a los beneficiarios de las OS mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios. Asimismo, el sector privado comprende entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepagas. En 1994 existían alrededor de 300 de ellas que contaban con dos millones de beneficiarios y que manejaban un total de 2.500 Millones de dólares[15]. Este mercado también se concentró y según un estudio del 2001 en la actualidad operan 196 empresas de medicina prepaga (de ellas el 58% radican en la Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el Interior) y su facturación se redujo a 2.100 millones[10]. El 65% de los asociados son adherentes individuales y el resto son afiliaciones corporativas.

Las diez empresas líderes del mercado concentran aproximadamente el 46,3% de la facturación y el 41% de la demanda. Además, las empresas más grandes tiene un ingreso promedio mensual por beneficiario que duplica al de las menores.

Por último, debe mencionarse que entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, basado en el funcionamiento de operadores privados (Aseguradoras de Riesgo de Trabajo) que atienden las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales. El sistema está supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social[11].

La coexistencia de los tres subsectores mencionados no esta exenta de dificultades. Se ha argumentado que la oferta pública subsidia indirectamente las ineficiencias de los otros subsectores. En la actualidad, ha incrementado la demanda en el sector público por la creciente desocupación, la crisis económica y la fractura de la cadena de pagos en los subsectores privado y de la seguridad social.

2.2 Recursos del Sistema

Recursos Humanos

El número de graduados médicos ha descendido un 12.2%, pasando de algo más de 4.000 mil egresos a menos de 3.800 entre 1992 y 1998[14]. Durante el mismo período también disminuyeron ligeramente los egresados de Odontología y aumentaron los de Psicología. Hasta 1989 se formaban anualmente 500 enfermeras y a partir de ese año aumentaron los egresos hasta unas 1.000 enfermeras por año[15]. No se cuenta con información sobre las tendencias esperadas para el futuro inmediato.

TABLA 7: Evolucion de los recursos Humanos en el sector de la salud

Tipo de Recurso	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nº total de Médicos	88800	ND	ND	ND	108800	ND	ND
Nº. total de odontólogos	21900	ND	ND	ND	28900	ND	29231
Nº total de Enfermeras (incl aux + empír)	69000	ND	ND	ND	86000	ND	140000
Nº total de técnicos medios de Laboratorio	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nº. de egresados de posgrado en Salud Pública	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Razón de médicos/10,000 hab.	26.8	ND	ND	ND	30.2	ND	ND
Razón de Enfermeras profesionales/10,000 hab.	5.4	ND	ND	ND	8.1	ND	ND

Fuentes: OPS, Indicadores Básicos 1998; M. Brangold: "Administración Estratégica y Servicios de Salud" Organización Panamericana de la Salud "Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985 - 1995. Análisis de situación y líneas de trabajo.", Buenos Aires, Publicación Nº 43, 1995; OPS/OMS, Recursos Humanos en Salud, septiembre 2000.

La formación en salud pública y administración en salud se realiza en una amplia gama de instituciones. En 1999 existían más de 60 entidades con programas de postgrado en estas áreas (instituciones académicas del área de ciencias de la salud, así como otras áreas universitarias, gremiales, hospitalarias, gubernamentales y otros) En su mayoría, son financiados directamente por los propios profesionales.

Medicamentos y otros productos sanitarios

En 1997 el gasto en medicamentos constituyó el 25% del gasto en salud ($5.812 millones) y equivalió a cerca de $150 por habitante o $13 por habitante y mes. Del gasto total en medicamentos se calcula que el 73% es gasto directo de los hogares y el 27% es realizado por Instituciones (Clínicas, Prepagas, Obras Sociales y el INSSJyP)17

Los precios de los medicamentos han subido de manera sostenida desde 1991 por aumentos directos, introducción de nuevos productos, o por el mecanismo indirecto de reducir el contenido de los envases. Mientras que en 1992 se vendieron 482 millones de unidades con un valor de 2.575.000 millones dólares en 1996 las unidades vendidas fueron solo 406 millones con una facturación que llegó a los 3.644.millones de dólares. Es decir, a un descenso del 18,72% del número de unidades vendidas correspondió a un incremento del 41,51% de la facturación, por lo que el precio de la unidad promedio pasó de $5.34 en 1992 a $8.98 en 1996 (un incremento del 68,16%) La tendencia esperable en el futuro inmediato es que los precios continúen aumentando por efecto de la depreciación cambiaria. En términos generales, el costo de los medicamentos es una barrera a la accesibilidad al sistema e impacta seriamente por su participación tanto en el gasto total en salud como en el gasto de las personas. Según un estudio reciente hay muchas más barreras de acceso a los medicamentos que a los servicios de salud. El 84% de la población bajo línea de pobreza sólo accede a los servicios públicos y cuando adquieren medicamentos, el 45% lo hacen con sus propios recursos.

Este hecho se vincula con la carencia, en los últimos años, de una política de medicamentos que controle eficazmente el precio y la incorporación de nuevos productos. Esta a situación ha comenzado a revertirse en el 2002 mediante una muy activa agenda de políticas sobre los medicamentos por parte del MSAS. A partir de la devaluación del peso, los laboratorios han incrementado los precios al público. En el marco de la Emergencia Sanitaria el Gobierno Nacional acordó con la industria el mantenimiento de los precios de una canasta de 250 productos al nivel del mes de diciembre de 2001. Algunos insumos críticos como insulina han sido donados por gobiernos y organizaciones privadas. Se mantiene el funcionamiento del Banco de Drogas Antineoplásicas, que son de entrega gratuita para la población carenciada sin cobertura, así como la provisión de medicamentos para el SIDA. En este punto es crónica la presencia de conflictos con los usuarios al carecer temporalmente de determinados productos. Igualmente, existen planes para la entrega gratuita de medicamentos antituberculosos. De relevancia son los cambios registrados respecto de la política de genéricos. La tendencia tradicional ha sido el predominio de la marca y la escasa competencia por precio entre ellas. A partir del Decreto N°486/02 de Emergencia Sanitaria se impulsó la obligatoriedad de la prescripción por nombre genérico, así como la habilitación a sustituir por parte del farmacéutico.

Además, en la reformulación del Programa Médico Obligatorio (PMO) se incluyó un vademécum de cerca de doscientos medicamentos esenciales por su nombre genérico y se estableció un precio de referencia para los mismos. Se espera que estas medidas produzcan una mayor competencia por precio y una expansión del segmento de genéricos.

La seguridad social financia parcialmente los medicamentos de los pacientes ambulatorios, totalmente los medicamentos de internación y aquellos otros asociados a enfermedades de alto costo y baja prevalencia. En los hospitales públicos se financian los medicamentos de internación y parcialmente, de acuerdo a las existencias, los medicamentos ambulatorios. Los seguros privados varían su cobertura según los planes contratados, llegando hasta el 80% en los medicamentos ambulatorios y a la cobertura total, salvo descartables, en la internación. De acuerdo al Programa Materno Infantil, que forma parte del PMO, se debe dar cobertura total al binomio madre/hijo durante el embarazo y el primer año de vida.

Los protocolos de tratamiento están avanzando en su elaboración y aplicación. El MSAS ha elaborado normas de tratamiento para diversas patologías. A partir de la reformulación del Programa Médico Obligatorio (PMO) su uso es obligatorio. Se requiere la presencia de profesionales farmacéuticos en las farmacias, ya sea pública, privada o de la Seguridad Social.

Equipamiento y tecnologías.

En 1997, el gasto estimado en aparatos terapéuticos y otros bienes durables fue de $506 Millones (2,1% del gasto total en salud) La importación de equipamiento médico y otros insumos no durables excepto medicamentos, que se estimó en 1997 en $248 Millones, descendió al compás de la recesión a $194 millones en el 2001.

Nuevas tecnologías para diagnóstico y tratamiento se han incorporado sobre todo en el sector privado. El equipamiento del sector público ha consistido en nuevos establecimientos financiados por créditos internacionales y en las remodelaciones y refuncionalizaciones de los establecimientos incluidos en los programas financiados por el Banco Mundial (Programa de Reconversión del Sistema de Servicios de Salud) El último catastro sobre equipamiento fue realizado en 1998. La base de datos sólo cubre 14 jurisdicciones entre las que no se incluyen ni la Ciudad de Buenos Aires ni la Provincia de Buenos Aires, donde se concentra la mayor parte del equipamiento complejo. Hay sectores como el de hemodiálisis que han concentrado su propiedad en pocas empresas mediante la compra sistemática a los tradicionales grupos de profesionales especialistas. La información disponible se refiere a establecimientos con y sin internación, y a la distribución de camas según propiedad.

TABLA 8: Camas Hospitalarias según Dependencia Administrativa, 1980 y 1995

Datos Generales	**1980**	**1995**
Total General	145690	155749
Total Oficial	62,50%	54%
Total Obras Sociales	5,50%	2,80%
Total Sector Privado	32%	43%
Otras Mixtas	NA	0,05%
Sector Oficial	1980	1995
Total Oficial General	91034	84094
Nacional	11,60%	2,80%
Provincial	62,20%	65,70%
Municipal	18,57%	24%
Otras	7,60%	7,60%

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina. Dirección de Estadística e Información de Salud.

Puede observarse la disminución relativa de camas públicas, a favor del sector privado. En el sector público destaca la disminución de las camas nacionales y el incremento de las provinciales a partir del proceso de transferencia de establecimientos y servicios. La evolución de la distribución entre ambulatorios y hospitales por susbsectores se muestra las siguientes tablas.

TABLA 9: Establecimientos Según Dependencia Administrativa: 1980, 90 y 95

	Sin Internación		**Con Internación**	
	1980	**1995**	**1990**	**1995**
Total General	6038	12775	3013	3310
Total Oficial	57,50%	45%	39%	37,20%
Total Obras Sociales	4,15%	1,30%	3,75%	1,66%
Total Sector Privado	38,35%	53,60%	57%	61%
Otras Mixtas	NA	0,12%	NA	0,09%

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas.

TABLA 10: Establecimientos Según Dependencia Administrativa: Sector Oficial

	Sin Internación		**Con Internación**	
	1980	**1995**	**1990**	**1995**
Total Oficial General	3471	5740	1177	1231
Nacional	0,77%	0,16%	2,04%	0,57%
Provincial	76%	65,71%	73,80%	69,53%
Municipal	19,85%	30,76%	18,18%	19,25%
Otras	3,37%	3,36%	5,90%	10,64%

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas.

El proceso de descentralización ha incrementado la dependencia municipal de los establecimientos en el período considerado. Para 1999 se observa una consolidación de esta tendencia. No existe información respecto al estado de mantenimiento de los equipos, ni sobre el presupuesto de operación destinado a su conservación y mantenimiento en el nivel nacional.

El mantenimiento de los equipos está siendo tercerizado habiendo disminuido por el personal propio, que sólo cuenta con formación empírica.

Establecimientos con Internación				Establecimientos sin Internación				Promedio de camas disponibles			
TOTAL	NACIO-NAL	PROVIN-CIAL	MUNI-CIPAL	**TOTAL**	NACIO-NAL	PROVIN-CIAL	MUNI-CIPAL	**TOTAL**	NACIO-NAL	PROVIN-CIAL	MUNI-CIPAL
1286	5	900	381	**6142**	2	3899	2241	**76363**	1594	52536	22243

2.3. Funciones del Sistema

Rectoría.

El rol principal del MSAS ha sido la negociación intersectorial, el establecimiento de las políticas públicas y los marcos legales, el monitoreo, la difusión del conocimiento y otras funciones inherentes al nivel central. Luego del cambio de gobierno ocurrido a fines de 2001 se ha producido un rediseño del MSAS (Decreto Nº 486 de febrero de 2002) que ha implicado una mejor articulación con las provincias. Cabe destacar especialmente el impulso al Consejo Federal de Salud (COFESA) el cual está integrado por los Ministros o Secretarios de Salud de las Provincias Argentinas y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para las funciones de rectoría tiene un rol relevante la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) creada por Decreto N° 1615/96 del Poder Ejecutivo Nacional, como organismo descentralizado del MSAS. La SSS goza de autarquía administrativa, económica y financiera. Orienta su acción a:

1) fiscalizar el cumplimiento del Plan Médico Obligatorio (PMO);

2) la aplicación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) en los entes comprendidos en la seguridad social;

3) supervisar el cumplimiento del derecho de opción de los beneficiarios para la libre elección de su OS.

El MSAS realiza acciones programáticas conjuntas con otras autoridades sanitarias, ya sea para grupos específicos, para la promoción de la salud, para el desarrollo de políticas públicas saludables, para el cuidado de la salud ambiental, o para la prevención y control de enfermedades. Para sustentar sus acciones, el MSAS cuenta con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) que provee información obtenida desde las notificaciones mensuales de patologías transmisibles por jurisdicción. Los datos del SINAVE corresponden casi en su totalidad al subsector oficial, e incluye morbilidad de consultas externas, guardias e internación*21*. Ellos se complementan con los del Programa Nacional de Estadísticas de Salud sobre estadísticas vitales, de recursos y de producción de servicios, los cuales están casi reducidos a los establecimientos del subsector público.

Existen políticas definidas para la formación de los profesionales de la salud. Desde 1995 la Ley de Educación Superior establece una serie de requisitos para aquellas profesiones cuyo ejercicio está regulado por el Estado y que pudieran poner en riesgo, entre otros bienes, la salud de la población.

Para estas carreras, denominadas "de riesgo", la Ley establece procedimientos de acreditación que serán llevados a cabo por un organismo descentralizado del Ministerio de Educación (ME), la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitarias (CONEAU)22. La Ley también estableció que las carreras de postgrado - sean de especialización, maestrías o doctorados - deberán ser acreditadas por la CONEAU o por entidades reconocidas por el Ministerio de Educación. En 1998, se encontraba en proceso la primera acreditación de especialidades en Medicina. Por otra parte, el MSAS, a través del componente de Control del Ejercicio Profesional del PNGCAM está relacionado con el desempeño profesional de todo el equipo de salud, aunque dichas funciones están constitucionalmente reservadas a las provincias. Ello dificulta el análisis del número de médicos pues los profesionales están inscritos en tantas provincias como ejercen. También están elaborándose normas para la organización y funcionamiento de los servicios de salud, los cuales explicitarán los requerimientos de espacio, equipamiento, recursos humanos y procedimientos según niveles de riesgo.

La Agencia Nacional de Medicamentos y Tecnologías (ANMAT) actúa como ente regulador estatal en materia medicamentos y tecnológica, realizando tareas de fiscalización, control y vigilancia de la tecnología.

En el año 2001 la autoridad sanitaria de Argentina ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente

instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son:

(1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud

(2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública;

(3) Promoción de salud;

(4) Participación de los ciudadanos en salud;

(5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública;

(6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública;

(7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;

(8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

(9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos;

(10) Investigación en salud pública

(11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Financiamiento y Gasto.

Entre 1995 y1999 el gasto en Salud en Argentina tuvo un incremento neto acumulado del 7.5%, lo que representa un promedio para dicho período del 2,15% anual24. A partir de 1995 la participación del gasto en salud en el PIB ha ido cayendo año tras año; en el último quinquenio la caída fue del 7,5%. De forma similar, el gasto en salud como porcentaje del PBI ha caído de 9.13 % en 1995 a 8.45% en 1999.

TABLA 11: Evolución del gasto total en salud, 1995-2001 (en millones de pesos)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nación	582	613	720	823	875	805	755
O.S.N	3.497	3.464	3.700	3.836	3.893	3.861	3.282
INSSJyP	2.689	2.455	2.167	2.364	2.498	2.270	2.110
Provincias	3.499	3.508	3.686	3.807	4.116	3.913	3.589
O.S. Prov.	1.756	1.780	1.912	1.951	2.072	2.112	2.007
Municipios	769	687	743	848	853	842	758
Privado	9.313	9.698	10.500	10.843	10.533	10.390	9.559
Total	**22.105**	**22.205**	**23.428**	**24.472**	**24.840**	**24.193**	**22.060**

Fuente: Programa de Investigación Aplicada -PIA-Isalud.

Entre 1995 y 2001 se constata una fuerte variación en los años intermedios sin grandes cambios en los valores totales en los extremos. Sin embargo sí se alteró notablemente la composición del gasto y los mayores descensos corresponden a la seguridad social en su conjunto (INSSJyP, OSN y OSP).

En conclusión, el impacto sobre el financiamiento sanitario de la fuerte recesión registrada en la Argentina a partir de 1998 es notorio. Las estimaciones del gasto para 2001 muestran una fuerte retracción y lo más probable es que esa tendencia continúe durante el 2002. A ello debe sumarse el impacto de la devaluación de la moneda a partir del fin de la convertibilidad en enero del 2002. El resultado de ambos efectos es que Argentina ha perdido su posición de país con mayor gasto per cápita en salud de la región.

Aseguramiento.

Las estimaciones oficiales dan cuenta de la cobertura formal pero no siempre reflejan la cobertura efectiva para prestaciones tales como medicamentos, tratamientos de enfermedades crónicas, o de alta complejidad, o de duración prolongada. La Superintendencia Nacional de Servicios de Salud (SSS) se constituyó por Decreto N° 1615/96 en jurisdicción del MS, como organismo descentralizado, a partir de la fusión de la ANSSAL, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) Tiene a su cargo el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) por los agentes del seguro, así como asegurar la calidad y cobertura del sistema y la recuperación de costos de los Hospitales de Gestión Descentralizada. La siguiente tabla muestra una distribución de la cobertura de atención según tipo de cobertura.

TABLA 12: Cobertura del Sistema de Salud Según Subsector, 2001

Subsector	Millones de Hab.	%	
Obras Sociales (Solamente)	18,4	50%	11,6 son ObrasSociales Nacionales
Mutual y/o Prepagas (*)	2,9	8%	
Obras Sociales y Prepagas (doble cobertura)	1,5	4%	
Sólo Sector Público	13,7	38%	
TOTAL	**36,6**	**100%**	

Fuente: Fundación Isalud. Año 2001. (*) Incluye medio millón de personas que solo tiene plan de emergencia médica.

TABLA 13: Cobertura del Sistema por Subsector, por Quintiles de Ingresos, 1997

	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
Obra Social	30,8%	54,1%	62,2%	67,9%	61,3%
Mutual y/o Prepaga	2,9%	5,5%	6,9%	10%	16,4%
Obra Social y Prepaga (Doble Cobertura)	1,4%	2,3%	4,9%	5,7%	13,3%
Solo Emergencia	1,3%	1,2%	1,6%	1,7%	1%
Sector Público	63,3%	36,7%	24,4%	14,6%	8%
Ingreso Medio Hogar	$355,6	$834,6	$931,8	$1.210,3	$2.536,9
Ingreso Medio Per Capita	$68,7	$153,8	$355,6	$403,5	$1.041,4

Fuente: SIEMPRO *Apud.* Tobar, F., 2001.

Las Obras Sociales, cubren una población de 18.3 millones de personas distribuidas en casi 300 instituciones de distinta magnitud e importancia. Así 20 agentes, alrededor del 7%, cubren 7.626.534 beneficiarios, algo más del 40% del total. Otras 43 obras sociales, alrededor del 15%, cubren a 9.446.015 beneficiarios algo más que el 51% de los mismos. Los valores máximos de cobertura privada voluntaria se dan en la región metropolitana y casi un 50% de población no está cubierta por ningún tipo de seguro en las provincias del Noreste (NEA)

TABLA 14: Cobertura de Atencion Medica segun tipo y zona geografica (2000)

Tipo de Cobertura	Metropolitana	NOA	Pampeana	NEA	Cuyo	Patagonica	Total
Sin Cobertura	36,4%	37,8%	33,9%	48,8%	39,3%	32,6%	38,0%
Obras Sociales	47,6%	51,8%	52,0%	44,9%	51,5%	60,8%	51,1%
Afiliación Voluntaria	10,7%	5,6%	8, 3%	3,1%	4,9%	3,0%	6,2%
Obras Sociales y Afiliación Voluntaria	3,9%	3,7%	3,9%	1,9%	1,8%	2,8%	3,2%
Cobertura de Emergencia	1,0%	0,7%	1,3%	0,6%	1,8%	0,5%	1,0%
Otra Cobertura	0,1 %	0,1 %	0,2%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%
Ns/Nr	0,17 %	0,1%	0,1 %	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%

Fuente: Elaboración de ACR y Asociados sobre datos de la ENGH y del INDEC.

El hospital público brinda cobertura a la población que lo solicite y de hecho actúa como un reaseguro para los otros subsectores pues aún se mantiene un flujo de atención sin cargo para población asegurada pese a la vigencia del Decreto 939/2000

Las entidades de medicina prepagada continúan sin un marco jurídico regulatorio adecuado pese a la existencia de numerosos anteproyectos legislativos e intensos debates al respecto. Completan las instituciones de aseguramiento aquellas que cubren los riesgos de trabajo, nucleadas en torno a la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, así como las AFJP que cubren jubilaciones e incluyen retiros por discapacidad.

2.4. Provisión de Servicios

Servicios de salud poblacional:

En el sector público, tanto el MSAS como los provinciales y algunas municipalidades grandes prestan estos servicios mediante programas tales como el de Maternidad e Infancia, de Salud de la Mujer, de Comunicación Social, de Educación para la Salud, de Reorientación de la práctica asistencial en las redes de servicios; de Promoción y Protección de la calidad del aire, la salud del trabajador; de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (por ejemplo, el Programa Nacional Ampliado de Inmunizaciones, y los de lucha contra el cólera, tétanos neonatal, lepra, difteria, rabia humana, sarampión, enfermedad de Chagas, Retrovirus Humano y SIDA, el de erradicación de la polio, el sistema de monitoreo de patologías emergentes o reemergentes, y el Programa de Erradicación de las Escuelas Rancho.

Los programas de vacunación se coordinan con las distintas jurisdicciones. En 1996, según datos del Ministerio los porcentajes de cobertura de vacunación en menores de un año fueron: DPT, 82,8%; Polio, 89,7; BCG, 123,6% y Sarampión, 102,9%. Las áreas de saneamiento del medio y de Educación para la Salud son ejemplos de intervenciones poblacionales cuya ejecución se coordina con las jurisdicciones.

Servicios de atención individual:

La mayor parte de las prestaciones de individuales salud son ejecutadas por el sector priva-

do al cual compran servicios las Obras Sociales. El MSAS ha transferido la gran mayoría de sus servicios a las jurisdicciones locales. No obstante, mantiene programas para la formación de personal, apoyo técnico, elaboración de normas y prestación directa de algunos servicios. En 1999, el subsector público realizó 81.973.049 consultas médicas y 2.173.140 egresos hospitalarios. Según datos del MSAS, en 1997 el número de pacientes/día de los establecimientos asistenciales del subsector público fue 18.173.057 y el promedio de días/cama disponibles fue 77.005. En 1996 el porcentaje de partos atendidos en establecimientos asistenciales fue 97% (con variaciones de 99,8% en San Luis a 83,0% en Formosa) *Calidad:* La calidad de los servicios no se conoce en términos sistemáticos. Debe destacarse que tanto el Gobierno Nacional, a través del Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica, como organizaciones privadas (tales como ITAES, Sociedad Argentina de Auditoría Médica, Programa de Calidad por Educación a Distancia, la Fundación Donabedian y Medicina y Sociedad) dedican recursos para mejorar la atención. Los resultados en términos de la relación gasto/beneficio indican que el impacto de los esfuerzos deberá ser potenciado. La Resolución 857/93 del MSAS estableció los Comités de Ética Médica dentro del marco del PNGCAM, los cuales son obligatorios en los Hospitales de Gestión Descentralizada (HGD) que se incorporen al régimen así como también dentro de los Establecimientos Nacionales.

3. Seguimiento y evaluacion de la reforma sectorial

3.1 Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica:

En las últimas décadas, desde distintas perspectivas y a través de diferentes estrategias, se plantearon políticas públicas tendientes a corregir la fuerte fragmentación del sistema y a reordenar los recursos para mejorar la cobertura y accesibilidad a la salud de la población: el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en los años 70, los acuerdos de la Comisión Paritaria Nacional-Ley 19.710 y el Seguro Nacional de Salud en los años 80. A partir de 1993, los distintos gobiernos con el apoyo de los organismos de crédito internacional y la OPS/OMS iniciaron la Reforma Sectorial en Salud. Los ejes centrales de la misma fueron: asegurar un conjunto de prestaciones básicas a toda la población; dar mayor eficiencia a los recursos disponibles; introducir elementos de mercado y competencia entre efectores y seguros; estimular el financiamiento desde la demanda, y mejorar la calidad de los servicios.

En una primera etapa, se inició la reconversión de las Obras Sociales (OS), en particular las sindicales, a fin de que los beneficiarios pudieran desvincularse de la entidad correspondiente a su rama de actividad y pudieran elegir otra OS. Ello ha hecho disminuir el número total de OS y facilitó su asociación con las entidades de seguro médico privado (Prepagas). Ello conllevó la elaboración de una canasta estandarizada de prestaciones conocida como Programa Médico Obligatorio (PMO)

Para el financiamiento de los programas de reforma, el MSAS negoció préstamos y cooperación técnica con los organismos multilaterales de crédito. Para acceder a ellos, las OS debieron presentar planes de modernización institucional, de actualización del padrón de afiliados, de gerencia moderna y de garantía del PMO. Tales planes fueron elaborados por consultoras privadas mixtas (internacionales asociadas con nacionales) con financiamiento del Banco Mundial31,32. También fueron afectadas las Empresas de Medicina prepaga en aspectos referidos a normativa, regulación, prestaciones obligatorias, recursos de amparo, y otros. Otros actores involucrados fueron los hospitales públicos. Las nuevas normativas promovieron la descentralización funcional de los mismos, el incremento de su capacidad de autogestión institucional y la elevación de su nivel de eficiencia y eficacia.

En el año 2000 la Reforma Sectorial se encontraba en la fase de puesta en marcha de los mecanismos de regulación y control previstos, tales como la Superintendencia de salud, el PNGCAM, y el El Programa Médico Obligatorio (PMO). El PMO, definido conforme a lo dispuesto por el Decreto 492/95 y aprobado en su configuración por Resolución N° 247/96 del Ministerio de Salud, fue modificado por la Resolución MS 939/00. La misma explicitó en forma más detallada las coberturas a brindar por los agentes de seguro; puso énfasis en los aspectos promocionales y preventivos; y jerarquizó la atención primaria. Normativas adicionales extendieron a todos los agentes del seguro la atención de pacientes con SIDA, de personas discapacitadas y de personas con adicciones. Los Hospitales

de Autogestión se denominaron Hospitales de Gestión Descentralizada (HGD)

Asimismo, la desregulación de las OS continuó en sus ejes principales: a) **Reconversión de las Obras Sociales**, a través del PROS con financiamiento del BM; b) **busca de eficiencia y racionalización** de gasto de estos agentes y su posibilidad de éxito en un mercado abierto y competitivo, lo que ha reducido su número de 312 en 1994 a 275 en 1999; c) **Libertad de elección de sus beneficiarios**, lo que no ha producido transferencias de afiliados de magnitud pues está limitada a las OS Sindicales (el sentido de los cambios va de las OS mayores y con menor ingreso per cápita a las más pequeñas y de mayor nivel económico); d) **Competencia en un plano de total apertura** con las instituciones de prepago médico privado lo que se ha dado en forma de acuerdos particulares entre dirigentes de OS y Entidades Médicas de Prepago a fin de que las transferencias se produzcan por conjuntos de afiliados y no a partir de la libre elección personal.

El marco regulatorio de las OS Nacionales contenido en el decreto 446/2000 fue suspendido por el Decreto 377/2001, dado que numerosas instituciones habían logrado, con reclamos ante la justicia, detener su aplicación, especialmente en lo referido a la libertad de elección de entidad aseguradora entre las OS y las Empresas de medicina prepaga.

Actualmente en el marco del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y de la puesta en marcha de políticas sociales para enfrentar la emergencia social se busca universalizar el acceso a los medicamentos. Igualmente, fortalecer la estrategia de atención primaria de salud, y garantizar la continuidad de la provisión de insumos hospitalarios para los hospitales públicos. El PMO ha debido ser igualmente reformulado.

Seguimiento de los contenidos:

Marco jurídico:

En 1993, se convocó a la Convención Constituyente que produjo la reforma de la Constitución. En ella quedó establecido el derecho a la protección de la salud y a gozar de un ambiente sano, debiendo las autoridades proveer el resguardo de estos derechos y el control de la calidad y eficiencia de los servicios públicos. También se fijó el respeto de los Tratados Internacionales en los que referido al derecho a la preservación de la salud.

El proceso de RS fue acompañado en su momento por el desarrollo de un gran caudal de normas pero escasa ejecutividad y liderazgo frente a los protagonistas del sector. Así, el cuerpo normativo presenta problemas como: ausencia de reglamentación, dispersión de las estructuras de aplicación, responsabilidad compartida con otros niveles jurisdiccionales con incipiente coordinación, y carácter básicamente indicativo de muchas normas y procedimientos debido a que la organización federal del Estado requiere la colaboración con las Provincias para hacerla ejecutivas.

Los cambios institucionales ocurridos a partir del año 2002 han derivado en una reestructuración del MSAS que apunta esencialmente a desprenderse de las funciones de administración de servicios y en tareas de planificación y coordinación de los organismos provinciales.

Derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento:

Las políticas nacionales consideran la necesidad de mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población, con acciones del mejor nivel de calidad posible y el menor costo económico y social.

El PMO fue incorporado al Sistema del Seguro de Salud en función de lo establecido por el Decreto Nº 492/95. Una Comisión intersectorial tuvo a su cargo la elaboración del Programa. Se estableció un período de seis meses desde su aprobación para que comenzara a ser exigible. El Decreto Nº247/96 aprobó la canasta del Programa Médico Obligatorio (PMO) cuya no cobertura por parte de un agente de seguro implicaría su fusión con otro u otros agentes. El PMO garantiza prestaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico, odontológico y medicamentos. No admite períodos de carencia, como tampoco modificar los valores de los coseguros estipulados en él. Las prestaciones no incluidas podrán ser brindadas a través del mecanismo de la excepción. El organismo encargado de controlar el cumplimiento del PMO y del Cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica es la Superintendencia de Servicios de Salud. En la actualidad, habida cuenta de la emergencia sanitaria aprobada por el mencionado Decreto n° 486/02, se está estructurando un conjunto de prestaciones sanitarias esenciales garantizadas capaces de ser solventadas con los recursos disponibles. El Decreto Nº 446/2000 establece que

se considerará un seguro para patologías de alto costo y baja incidencia, el mismo reemplazaría a la Administración de Prestaciones Especiales (APE)

Rectoría:

La unidad responsable en el diseño de la reforma ha sido el MSAS. La evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en la Argentina efectuada siguiendo el instrumento de evaluación impulsado por OPS/OMS en 2001 reveló que las funciones de *Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, y de Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud* obtuvieron los resultados más altos. Presentaron resultados mínimos de desempeño las funciones relativas a *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, y Participación de los ciudadanos en salud*.

Separación de funciones:

A partir del último cambio de autoridades nacionales y acompañado por una fuerte presión provincial en ese sentido, se están revisando los roles de la autoridad nacional, provincial y local en la gestión de los servicios de salud. El MSAS asumiría la responsabilidad de asignar políticas, del control general del sistema, de la normalización de los procedimientos y de la función epidemiológica, eliminando el rol de prestador servicios de salud.

Modalidades de descentralización:

En cuanto a la reestructuración del sector hacia la federalización y la descentralización, el MSAS busca transferir a las provincias y municipios los servicios de atención médica que aún permanecían bajo su jurisdicción.

Participación y control social:

En el nivel nacional existe el COFESA, integrado por las autoridades sanitarias nacionales y de las distintas jurisdicciones del país, además de diferentes entidades no gubernamentales con protagonismo sectorial. En algunas jurisdicciones existen Consejos Locales (CLS) y Consejos Zonales de Salud (CZS) Los primeros tienen un papel decisorio en la definición e implementación de las políticas locales complementarias de las determinadas en los niveles zonales y provincial. Cumplen un rol de órgano político y sus acciones refieren al conjunto de la problemática sanitaria de cada nivel, manteniendo una interrelación permanente y concertada con las otras instancias. En su composición, además de los miembros técnicos, incluyen representantes comunitarios y de los trabajadores de salud. Los CZS son también organismos políticos responsables de la relación entre las comunidades y los hospitales de la zona con la instancia superior jurisdiccional. Constituyen un ámbito de discusión de la problemática zonal de salud. Están integrados por miembros técnicos y representantes de los CLS y de los trabajadores de salud.

Aun cuando no se haya difundido su efectiva aplicación, la normativa del Hospital Público de Autogestión prevé que en los establecimientos de mediana y alta complejidad la Dirección sea secundada por un Consejo Técnico Asesor y un Consejo de Administración con participación social cuya constitución, atribuciones y obligaciones e integraciones sean definidas, en cada caso, por la autoridad sanitaria jurisdiccional. Diversas Provincias han implementado reformas hospitalarias tendientes a la incorporación de Consejos de Administración con participación de los trabajadores profesionales y no profesionales del mismo, así como de representantes de la Comunidad.

Financiamiento y gasto:

Los programas de fortalecimiento institucional con financiamiento externo que implementa el MSAS tienen un fuerte componente orientado a mejorar los sistemas de información sobre gasto y financiamiento, especialmente a través del desarrollo de procedimientospara perfeccionar el sistema de cuentas nacionales. Un elemento relevante fue la unificación en 1991 de la recaudación de las OS a través de la D. G. Impositiva del Ministerio de Hacienda.

También se redefinió el Fondo Solidario de Redistribución, creado en la década de los 70 y al cual todas las OS aportaban obligatoriamente un 10% de sus ingresos. El Fondo era destinado a compensar a las OS de menores ingresos pero su manejo se hacía en forma discrecional. Por Decreto Nº 292/1995 se modificaron las funciones de redistribución, dándole un carácter automático. Luego el Decreto Nº492/95 garantizó a cada OS un monto de ingresos mínimo prefijado de $40 por titular.

Posteriormente el Decreto 1400/2001 cambió el monto garantizado a $20 per cápita por el titular y $12 por cada familiar a cargo. Otro elemento fue la incorporación de un flujo financiero que compensa los subsidios indirectos del subsector público a las Obras Sociales. Los servicios de salud han sido tradicionalmente gratuitos y universales en Argentina. En ocasiones los benefi-

ciarios de las OS o de las empresas prepagas acudían a los hospitales públicos en donde eran tratados sin generar ningún costo para las entidades aseguradoras. De esta manera se estaba subsidiando desde el Estado a las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepagas. Por medio del Decreto Nº578/93 se establece el Registro del Hospital Público de Autogestión (HPA) incluyendo un sistema de pago automático para las prestaciones debidas por los Agentes del Seguro de Salud a los HPA.

Oferta de servicios:

La casi totalidad de los prestaciones brindada por las OS se hace a través de prestadores privados. Dependiendo de iniciativas individuales, en los distintos subsectores y jurisdicciones se ha ido observando en los últimos años una diversificación de la oferta hacia nuevas modalidades de atención: internación breve, hospital de día, y otros17. Paralelamente, en los subsectores de OS y privado se observa una reorganización de los servicios orientada a una reducciónde costos, que ha conllevado - más en el discurso que en la realidad - a la jerarquización del médico general y del médico de familia. Además, se están desarrollando programas materno-infantiles focalizadosen grupos con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y se promueve la recuperación nutricional y complementación alimentaria para la embarazadas y los niños menores de seis años.

Modelo de gestión:

Hacia 1998, se inició la discusión acerca de los contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del subsector público de atención de la salud. La compra y venta de servicios a terceros encuentra su marco legal en la normativa de los hospitales de gestión descentralizada (HGD, antes HPA) que establece la posibilidad de que los mismos firmen convenios con entidades de la seguridad social u otras, de que cobren servicios a personas con capacidad depago o a terceros pagadores, y de que se integren en redes de servicios. Para facilitar la facturación de los hospitales públicos se establecieron aranceles modulares (Resolución MS nº 282/93 y sus actualizaciones). La descentralización de la gestión hospitalaria ha conferido flexibilidad administrativa a los directores permitiendo a las autoridades locales privatizar algunos servicios (alimentación, limpieza, etc.)

Recursos humanos:

Los HGD pueden designar, promover y reubicar al personal dentro de las estructuras aprobadas, así como sancionar conforme a las normas vigentes en cada jurisdicción y aceptar las bajas por cualquier concepto. Además, el Decreto de creación prevé la creación de un fondo de redistribución mensual entre todo el personal del hospital, de acuerdo con las pautas que la autoridad jurisdiccional determine según criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

Calidad y evaluación de tecnologías en salud:

El PNGCAM establece nuevos procedimientos para la habilitación, acreditación y categorización de los establecimientos asistenciales, la certificación y recertificación profesional, la fiscalización y control sanitario y la evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios. Su cumplimiento es discutible ya que esas funciones pertenecen a las provincias. En 1993, se estableció un Consejo Permanente encargado de establecer las pautas generales y requisitos básicos del PNGCAM. De acuerdo a sus normativas el HPA deberá cumplir los requerimientos mínimos que se establezcan en el PNGCAM. El Decreto Nº 1.424/97 disponeademás que las normas de atención aprobadas en el PNGCAM serán de observación obligatoria para las OS pertenecientes a la ANSSAL y los HGD en las jurisdicciones y entidades que adhieran al mismo. Las reglamentaciones del subsector privado establecen que las Empresas prepagas deberán cubrir en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias" dispuestaspara las OS y estarán sujetos a idénticos controles que éstas.

La ANMAT tiene la atribución de controlar o fiscalizar todos los elementos de diagnóstico, materiales y tecnologías biomédicas y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana, así como también de ocuparse de los procesos de aprovisionamiento, producción, fraccionamiento, importación, exportación, y comercialización de productos y materiales utilizados en la medicina, alimentación y cosmética humana. En la actualidad se perfecciona el sistema de vigilancia de tecnología médica.

3.2 Evaluación de Resultados

No se dispone de información sistemática para evaluar los resultados de los procesos mismos de reforma. Existe el convencimiento de que el avance en la reforma sectorial se ha visto limitado por diversos factores:

A) La retracción de los recursos antes de la consolidación de la desregulación.

B) Los juegos de fuerza entre diferentes actores así como los avances y retrocesos que alimentaron la incertidumbre en lugar de instaurar una imagen objetivo clara del escenario pos reforma.

C) La insuficiente planificación estratégica de la Reforma: por un lado, no se evaluaron los correspondientes escenarios económicos y financieros y los niveles de sustentabilidad de las medidas; por el otro, se dejó a los usuarios, prácticamente, al margen de la reforma. No hubo una propuesta integradora que contemple los tres subsectores y a todas las provincias; ni siquiera, se dio el debate necesario para ello.

La fragmentación del sistema y el carácter federal de la Argentina (con la característica de la protección y atención de la salud como función de gobierno de los niveles nacional, provincial y municipal) tienden a la dispersión y superposición de esfuerzos con bajos niveles de coordinación.

Los mayores avances lo constituyen la introducción de la competencia en las OS nacionales y el establecimiento de un Programa Mínimo a ser garantizado por todas ellas. Los reclamos que aún hoy se suceden con respecto a la reforma o a la desregulación de las OS son prueba fehaciente de que ninguna de las estrategias tuvo éxito pleno en lograr su cometido. No obstante, debería considerarse el marco económico social en que la misma se planteó.

Equidad

El estudio sobre equidad en salud en la República Argentina expone en términos generales las condiciones de inequidad del sistema de salud. Los indicadores de resultados y las comparaciones de los mismos en función del nivel de ingreso señalan disparidades importantes en cuanto a las posibilidades de acceso al sistema y, sobre todo, en relación con el nivel de gastos y resultados. Por otra parte es conocido que la inequidad sectorial está relacionada no sólo a los niveles de pobreza sino fundamentalmente a las diferenciales de acceso. La concentración e incremento de la riqueza en los niveles de mayor ingreso y la creciente pauperización de los sectores medios y bajos da un marco extrasectorial a la equidad en salud. La introducción acrítica de ideas de mercado y competencia, sin el aconsejable acompañamiento de controles efectivos, ha instalado en el sector un quiebre en los vínculos de solidaridad estructural y personal. Los datos sobre distribución de los recursos financieros en el sector y el del gasto de bolsillo de la población dan cifras referenciales al tema.

Sin embargo que la búsqueda de la equidad en el Sistema de Salud aparece como una política de estado, apoyada expresamente por los actores protagónicos del sistema, incluidas varias sociedades científicas. El incremento constante de los precios de los medicamentos y su alto costo es un elemento objetivo en lo que hace a las posibilidades de acceso equitativo al sistema.

Efectividad y Calidad.

No existe una información sistemática referida a las variaciones de efectividad y calidad del sistema como consecuencia del proceso de reforma. Es oportuno reiterar lo señalado en relación con la baja efectividad de los recursos sectoriales en relación a sus indicadores de resultado y las actividades y programas instrumentados en función de estos objetivos. Deben destacarse los esfuerzos sistemáticos que se realizan para asegurar la calidad del recurso humano en el sector y la calidad de los establecimientos. La categorización de establecimientos y la certificación profesional son dos realidades de impacto en el sector con entidades tales como la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Médica Argentina, los distintos núcleos profesionales por espe cialidad y los colegios profesionales trabajando en el tema. El Programa Nacional de Calidad da una cobertura gubernamental a estos esfuerzos.

Eficiencia.

Una de las características centrales del sistema de salud argentino ha sido su baja eficiencia en función de los recursos disponibles. Una perspectiva favorable la plantea la toma de conciencia general sobre el tema y la existencia de una inversión sistemática a lo largo del país tanto del área pública como privada en capacitar recursos humanos en gerencia y administración de salud.

Sostenibilidad.

El proceso de reforma como tal es una política de estado que permite ser optimista en su sotenibilidad en la medida en que se adapte a las necesidades y posibilidades de la población y las instituciones. Es preocupante la aparente ruptura de la cadena de pagos en la seguridad social, en relación con los prestadores, y aparece como un fenómeno novedoso la presentación a concurso de acreedores y aún la quiebra de OS sindicales, sanatorios y otras instituciones sectoriales. La falta de niveles de control efectivos per-

mite la persistencia de niveles de corrupción elevados y cuasi estructurales, en donde gerenciadoras fantasmas y contratos incumplidos aparecen como situaciones de creciente habitualidad. El nuevo escenario en que se debate la realidad económica social del país parecen señalar que las medidas de reforma se centran en tres ejes principales: mejorar el gerenciamiento de los recursos; asegurar la calidad de las prestaciones y sostener valores éticos en el planteo y desarrollo del sistema. Esto incluye una mayor transparencia en la asignación y uso de los recursos; una reorientación del sistema hacia la atención primaria de la salud y énfasis en los aspectos de promoción y prevención.

Participación y Control Social.

Se han registrado formas diversas de participación en el proceso de reforma. En lo referido a la desregulación de las Obras Sociales, su dirigencia es sistemáticamente consultada en cuanto a las modificaciones del régimen y numerosas han sido las negociaciones en el tema. En calidad la participación de instituciones como la Asociación Médica Argentina, la Academia de Medicina los Colegios Profesionales y otras instituciones académicas y gremiales es habitual. La regulación de las entidades médicas privadas de prepago, todavía pendiente, se discutió en sesiones abiertas de consulta en el Senado de la Nación. Los Hospitales de Gestión Descentralizada prevén formas de participación del personal y la comunidad. Recientemente y en el contexto de la emergencia sanitaria, se han generado instancias de participación social de mayor importancia, a partir de la convocatoria del MSAS a un «Acuerdo por la Salud». Dicha convocatoria fue realizada en el ámbito de la denominada «Mesa de Diálogo Argentino», espacio de discusión pública en el que se encontraron representados los diversos sectores de la sociedad - Gobierno Nacional, Gobiernos Provinciales, Centrales Sindicales y Obras Sociales, Iglesia, Academia de Medicina, entidades que agrupan profesionales de médicos, farmacéuticos, bioquímicos y Sociedades Científicas, Cámaras empresariales de seguros privados y Clínicas-. Ello derivó en la constitución de «Mesas Sectoriales» - de Prestadores y Financiadores; de Medicamentos; de Financiación y Gasto; y de Recursos Humanos en Salud- abocados a la discusión de problemas específicos que afectan el área de la de la Salud así como de sus soluciones posibles.

Bibliografia y Notas

1 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.1995.*Anuario estadístico de la República Argentina*. INDEC, Buenos Aires.

2 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el CELADE.

3 PAHO/WHO, Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2001.

4 Ginés González García, La Emergencia en Salud: Diagnóstico y Respuestas, Ministerio de Salud de Argentina (conferencia presentada en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).

5 Sociedad Argentina de Pediatría-UNICEF. 2001. *Salud materno-infanto-juvenil en cifras*. Buenos Aires

6 Ministerio de Salud y Acción Social /OPS-OMS: *Indicadores básicos* [Documento de trabajo], Buenos Aires, 1996.

7 Hilda González de Duhalde, Plan Social de la República Argentina, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación Argentina (conferencia presentada en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).

8. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS): "Argentina", en: "Condiciones de Salud en las Américas" (CSA), Vol. II, Washington DC, 1998

9 SENASA: Servicio Nacional de Salud Animal.

10 Tobar, Federico. "Economía de la reforma del Seguro de Salud en Argentina". Documento de trabajo. Programa de Investigación Aplicada Isalud. Mayo 2001. Disponible en http:// www.isalud.org

11. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Superintendencia de Riesgos del Trabajo: "Boletín mensual", Buenos Aires, Año 1, Nº 1, 2 y 3, 1996

12 Mera, Jorge A. 1978. Número y distribución de médicos en la Argentina. Medicina (Buenos Aires) 38: 308.

13 Zalduendo, Eduardo A. et al. 1962. *Oferta de mano de obra especializada universitaria y técnica de la República Argentina*. Editorial del Instituto Di Tella, Buenos Aires.

14. OPS/OMS: "CSA" Tomos I y II, 1994

15. OPS/OMS: "Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo", Buenos Aires, Publicación Nº 43, 1995

16 http:// observatorio_rh.tripod.com

17 ISALUD. "El mercado de medicamentos en Argentina". *Estudios de la Economía Real N· 13*. Buenos Aires. 1999.

18 Tobar, Federico. "El acceso a medicamentos en Argentina y las políticas para mejorarlo". Asociación de economía de la Salud. XI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. La falda, abril de 2002.

19 Programa de Investigación Aplicada -PIA-Isalud.

20 Entre los establecimientos sin internación se incluyen aquellos que cuentan también con internación breve u hospital de dís.

21 MSAS: " Boletín epidemiológico nacional Nº 2", Buenos Aires, 1994

22 Ministerio de Cultura y Educación: "Ley de Educación Superior", Buenos Aires, 1995

23 En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.

24 Tobar, Federico (Coordinador). 2002. *El gasto en salud en Argentina y su mçetodo de cálculo. Serie Ediciones Isalud N· 5. Buenos Aires*

25 Ver: TOBAR, Federico (coordinador). "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo". *Serie Ediciones Isalud Nª 5*. Buenos Aires. 2002.

26 Encuesta Permanente de Hogares del INDEC.

27 Bello,Julio N. 1972. *Financiación de la salud y solidaridad*. Revista de Salud de la Pcia. de Buenos Aires.

28 Medicina y Sociedad. 1986. Panel sobre la atención médica en el Area MetropolitAna. *Medicina y Sociedad, vol. 9, pp. 210.*

29. OPS/OMS: "Informe ONUSIDA" [Documento de trabajo], Buenos Aires, 1997

30 Hilda González de Duhalde, Plan Social de la República Argentina, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación Argentina (presentación en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).

31 Ginés González García, La Emergencia en Salud: Diagnóstico y Respuestas, Ministerio de Salud de Argentina (conferencia presentada en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).

32 Ministerio de Salud de la Argentina y OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria de la Argentina. Informe Preliminar, noviembre 2001 (mimeo).

33 La Ley de Descentralización Hospitalaria de la Provincia de Santa Fé y de la Provincia de Buenos Aires incorporan estas figuras. En el caso de la primer, prevee la incorporación de un representante de la comunidad, inclusive, con salario. En el caso de esta última, la Ley 11.072 de Descentralización Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires plantea el desarrollo de Comisiones Asesoras integradas por representantes de la comunidad que asesoran al Consejo de Administración.

34 Se establece la obligación de saldar el pago de lo facturado por el HPA dentro de los treinta días corridos presentada la liquidación mensual y del 1 al 15 del mes siguiente a la presentación (Decreto Nº578/93). Vencido dicho plazo se procede automáticamente al débito de los facturado de la cuenta del Agente del Sistema Nacional de Salud correspondientes, y al pago dentro de los quince días hábiles

35 Diversos estudios internacionales (Mills y Vaugham, 1989) demostraron que las reformas basadas en estrategias descentralizadoras precisaron más de diez años para registrar un impacto significativo sobre el sistema de salud.

36 Bortman Marcelo; Verdejo Guadalupe;Juan Manuel Sotelo.1999. *Situación de la Equidad en Salud*. OPS/OMS, Buenos Aires.